



Masteroppgave

MHS702 Perspektiver på kliniske hjelperelasjoner

**Opplevelser av smertebehandling hos eldre pasienter
som er operert for lårhalsbrudd**

Karen Lund Rasch Aune

Totalt antall sider inkludert forsiden: 87

Molde, 28.04.2014



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 28/4-14

Antall ord: 26098

Forord

Det har vært en lærerik og interessant øvelse å gjennomføre denne studien. Tema og problemstilling hadde jeg delvis bestemt meg for før jeg startet studiet. Jeg bestemte meg tidlig for kvalitativ metode, men var en stund usikker på om jeg skulle velge dybdeintervju i stedet for fokusgruppeintervju. Prosessen i fokusgruppeintervjuene har vært en berikende erfaring å få med seg.

Jeg vil herved rette en stor takk til informantene, og til leder for avdelingen hvor jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuene. Dere var alle så velvillige. En stor takk til førsteamanuensis Karl Yngvar Dale for god veiledning. Jeg vil også takke Oddbjørn Ingebrigtsen for god støtte, og oppmuntring i forbindelse med oppgaveskrivingen.

Uthaug, 28.04.14 Karen Lund Rasch Aune

Sammendrag

Bakgrunn

Mange eldre mennesker i Norge blir rammet av lårhalsbrudd hvert år. Ulike studier viser at eldre som er uheldige og brekker lårhalsen, er mer utsatt for et komplisert behandlingsforløp enn yngre mennesker. Et lårhalsbrudd er vanligvis svært smertefullt, og smerter blir ofte utilstrekkelig utredet til eldre. Dette kan føre til sein mobilisering etter operasjonen, og risikoen for kroniske smerter blir større som en følge av dette. Flere studier viser at årsaken kan være manglende informasjon, og medvirkning til smertebehandlingen. Det er foretatt få studier om eldre pasienters opplevelser av smertebehandlingen i et helhetlig behandlingsforløp. Dette på tross av at forarbeidet til pasient- og brukerrettighetsloven påpeker at pasientenes opplevelser av sykehusbehandling er en dårlig utnyttet ressurs, og sykehusene ville ha hatt stor nytte av en slik informasjon for å bedre praksis på behandlingen som ytes.

Metode

Fokusgruppeintervju er brukt som metode. Fokusgruppen besto av samtykkekompetente pasienter over 66 år som ble operert for lårhalsbrudd. Pasientene var nesten ferdig rehabilitert ved en distrikts medisinsk spesialistrehabiliteringsavdeling i Midt-Norge. Den samme fokusgruppen ble intervjuet tre ganger.

Funn

Når funnene i denne studien sees i sammenheng med tidligere forskning er det åpenbart at eldre medvirker for lite i sitt eget smertebehandlingsforløp, og ellers i behandlingsforløpet. Årsaken kan være en for dårlig tilpasset informasjon både pre- og postoperativt. Informasjonen er muligens for generell, hverken tilpasset eldre individuelt eller som gruppe. Funnene kan også tyde på at redusert innflytelse kan ha påvirkning på selve smertebehandlingen og smerteopplevelsen. Funnene har implikasjoner for hvordan man bør tilrettelegge oppfølgingen av eldre pasienter i et helhetlig smertebehandlingsforløp.

Nøkkelord

Eldre pasienters erfaringer, lårhalsbrudd, smertebehandling, informasjon, medvirkning

Abstract

Background

Many elderly people in Norway are affected by hip fractures each year. Various studies show that seniors who are unfortunate and break their thigh are more susceptible to a complicated course of treatment than younger people. A hip fracture is usually very painful, and this pain is often inadequately assessed when it happens to elderly people. This can lead to late mobilization after surgery and as a result of this the risk of chronic pain becomes larger. Several studies show that the cause may be a lack of information and involvement in pain processing. There have been few studies on the experiences elderly have of pain in a holistic course of treatment. This despite the fact that the preparatory work for patient and user rights law says that patients' experiences of hospital care is an underused resource, and hospitals would have benefited greatly from such information to improve practice in the treatment provided.

Method

Focus group interviews are used as a method. Focus group selection consists of consent competent patients over 66 years who are operated with a hip fracture. Patients are almost done rehabilitated by the district medical specialist rehabilitation department in Mid-Norway. The same focus group was interviewed three times.

Results

When I look at my study findings in the context of previous research, it is obvious that elderly do not contribute enough in their own pain management course, and otherwise in the course of treatment. The cause may be a poor customized information both pre- and postoperatively. The information may be too general, neither adapted individually to older people or as a group. My findings also suggest that the reduced influence can have an impact on the treatment of pain and pain experience.

Keywords

Elderly patients experience, hip fractures, pain management, information, complicity

,

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
2.0 Tidligere forskning på området	3
2.1 Smerteproblematikk hos eldre	3
2.2 Interaksjon og samhandling mellom eldre pasienter og system.....	4
3.0 Problemstilling	7
3.1 Egen for forståelse og erfaringsgrunn	7
4.0 Teori	9
4.1 Historisk bakgrunn for pasient- og brukerrettighetsloven	9
4.2 Pasientforløp	11
4.3 Rett til medvirkning	12
4.4 Rett til informasjon	14
4.5 Krav til samtykke	18
4.5.1 Informasjon/kommunikasjon/etikk	21
4.6 Tillit.....	22
4.7 Smerte som fenomen.....	24
4.8 Smertefysiologi/nevrobiologi og smerteteori.....	24
4.9 Smertekartlegging	27
5.0 Metode	29
5.1 Ethiske vurderinger	30
5.2 Utvalg og utvalgsmetode.....	30
Tabell 1. Karakteristika for deltakerne i fokusgruppen	31
Fokusgruppe	31
5.3 Gjennomføring av intervjuene	31
5.4 Analyse.....	33
6.0 Presentasjon av funn.....	34
Tabell 2. Matrise som viser hovedtema og undertema	34
6.1 Fornøyd med smertebehandlingen gjennom hele behandlingsforløpet	35
Omsorgsfull og trygg behandling	35
Utfordrende og smertefull mobilisering.....	38
6.2 Variabel medvirkning i behandlingsprosessen	39
Smertekartlegging uten verdi	39
Personalet best kvalifisert til å ta avgjørelse	40
Ingen systematisk smerteevaluering	41
Nærhet til pårørende og venner	43
6.3 Informasjon er trygghetsskapende	44
Variabel informasjon om postoperative konsekvenser	46
Ingen innflytelse på valg av rehabiliteringsopphold	47
7.0 Diskusjon.....	49
7.1 Fornøyd med smertebehandlingen gjennom hele behandlingsforløpet	50
Omsorgsfull og trygg behandling	51
Utfordrende og smertefull mobilisering.....	54
7.2 Variabel medvirkning.....	54
Nærhet til pårørende og venner	59
7.3 Informasjon er trygghetsskapende	60
Variabel informasjon om postoperative konsekvenser.	61
Ingen innflytelse på valg av rehabiliteringsopphold	63
7.4 Metodedrøfting.....	64

8.0 Konklusjon	66
Hvilke opplevelser har eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd av smertebehandlingen før operasjonen, under operasjonen, og videre i spesialistrehabiliteringsavdelingen	66
Referanser	69

1.0 Innledning

Masteroppgavens tema er eldre pasienter med lårhalsbrudd sin opplevelse av smertebehandling i et helhetlig pasientforløp. Flere studier viser en underrapportering av smerter hos eldre pasienter (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008; Sjøveian 2012; Torvik og Bjørø 2008), samt at eldre står i større fare for å utvikle kroniske smerter etter et kirurgisk inngrep enn yngre pasienter (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008; Torvik og Bjørø 2008). Samtidig viser studier at eldre pasienter i varierende grad har forstått informasjon som er gitt ved innleggelse i sykehus, og at dette kan føre til at pasientmedvirkningen blir dårligere (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008; Sjøveian 2012). Derfor ønsket jeg å undersøke pasientenes egne erfaringer i forbindelse med smertebehandling ved lårhalsbrudd, og hvilken informasjon de fikk og hvordan de erfarte å medvirke i et helhetlig behandlingsforløp i sykehus.

1.1 Bakgrunn

I et medisinsk behandlingsforløp er medvirkning og informasjon sentrale begreper, og en viktig forutsetning for å kunne være sjef i eget liv. Opplevelsen av å ha forstått informasjon og medvirket til et behandlingsforløp, kan kompliseres med en kommunikasjon som ikke er tilpasset eldre pasientgrupper. Det er derfor viktig at pasienten forstår at smertelindringen må være optimal i den akutte fasen. Dette for at opptrening og mobilisering skal bli best mulig, samt å forebygge kroniske smerter.

Avgjørelsesmyndigheten om en behandling skal igangsettes ligger fremdeles til helsepersonell ifølge Syse (2009). Helsepersonell har et selvstendig krav om å opptre forsvarlig jf. §4 i helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Dette innebærer at det i siste instans er helsepersonell som normalt avgjør om helsehjelpen skal gis eller ikke. Medvirkningsretten tilsier at helsepersonell ikke skal ta denne vurderingen alene. Medvirkningsretten og retten til informasjon må sees sammen med retten til å samtykke til helsehjelp. Pasienten blir en samarbeidspartner i relasjon med helsepersonell (Syse 2009).

Ohnstad (2002) hevder at det er pasienten selv som tar stilling til om han vil behandles, og at dette er en forutsetning for all medisinsk behandling. Å la seg behandle er ingen

rettsplikt. Om man er syk trenger man ikke å oppsøke lege. Det er ingen som (rettslig) kan hindre en pasient å skrive seg ut fra sykehuset, med mindre man er innlagt med tvang. Prinsippet er nedskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Fokus for Pasient- og brukerrettighetsloven er pasienten og dennes integritet og menneskeverd. For å kunne fungere tilfredsstillende er helsevesenet avhengig av et tillitsforhold mellom pasientene på den ene siden og tjenesteyterne på den andre. I forbindelse med gjennomføringen av helsehjelpen har pasienten medvirkningsrett. Pasienten har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal formes slik at den tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det er legen, eller annet helsepersonell som avgjør hva som er forsvarlig undersøkelses- og behandlingsmetoder. I denne forbindelse vil den faglige autonomien veie tyngre enn pasientautonomien. Ved pasientautonomi antas det at pasienten vet hva som er til det beste, og at dette er en motsats til tidligere paternalisme. For å ivareta pasientens autonomi er det bestemmelser om informasjonsplikt, plikt til innhenting av samtykke, plikt til å rådføre seg med pasienten, samt pasientens rett til å motsette seg behandling (Ohnstad 2002).

Når eldre er uheldige og brekker lårhalsen, er de mer utsatt for et komplisert behandlingsforløp enn yngre mennesker. Et lårhalsbrudd er vanligvis svært smertefullt. Ifølge Torvik og Bjørø (2008), blir smerter ofte utilstrekkelig utredet til eldre. Dette kan skyldes at eldre selv rapporterer lite smerter, eller at de for eksempel ikke vil være til bry. Årsaken til dette kan være manglende informasjon, informasjonens form og medvirkning om smertebehandling (Torvik og Bjørø 2008).

Hvordan smerter blir rapportert av eldre kan også være kulturelt betinget. Ut i fra korttidsavdeling ved sykehjem er min erfaring at eldre underreporterer smerter. Det kan være at pasientene selv forventer at de som eldre skal ha mer smerter, og at de må finne seg i å ha sterke smerter når de er under behandling for lårhalsbrudd. Pasientene kan ha vansker med å forstå informasjon grunnet dårlig hørsel, eller at smertene er så intense at de ikke får med seg essensen i budskapet. De kan føle seg underlegne og derfor synes det er vanskelig å spørre opp igjen. Erfaringen min viser at de av og til føler seg underlegne, og dermed ikke tør medvirke i behandlingen. Torvik og Bjørø (2008) hevder at etter et traume som lårhalsbrudd kan akutt smerte til eldre føre til at smertene blir kroniske.

Årsaken kan være at eldre har redusert plastisitet og forlenget dysfunksjon av nervesystemet. Forskning viser at optimal smertebehandling i akutfase minsker risiko for utvikling av kroniske smerte (Berntzen et al. 2010). Etter generelle kirurgiske inngrep er det mange som opplever konstant kronisk smerte. Det viser seg at det er en forbindelse mellom akutt smerte og kronisk smerte (Fredheim, Borchgrevink og Kvarstein 2011; Kehlet, Jensen og Woolf 2006; Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008). Dette underbygges også av Gjeilo (2009). Det bør vektlegges forebygging og behandling av kroniske smerter etter hjertekirurg (Gjeilo 2010).

Ifølge Frihagen et al. (2010), er det i Norge ca. 5000 personer hvert år som blir rammet av lårhalsbrudd. 75 % av disse er kvinner og gjennomsnittsalderen er 83 år. Prognosene for lårhalsbrudd er ikke økende, men en kan likevel påregne en viss økning i og med at levealderen stadig blir høyere. De fleste fremstår derfor som fysiologisk gamle i den forstand at de har risikofaktorer som falltendens og lav beintetthet. I løpet av det første året etter lårhalsbruddet er dødeligheten 25 %. Derfor er det en dramatisk opplevelse for den det gjelder, som i verste fall kan tape funksjoner, og bli avhengig av hjelp fra andre. Det er mer risikofylt å gjennomgå en operasjon for denne aldersgruppen og oppover (Frihagen et al. 2010). Ut i fra dette begrunner jeg temaet med at eldre mennesker i utgangspunktet er en sårbar gruppe.

2.0 Tidligere forskning på området

Flere studier er gjennomført i forbindelse med lårhalsbrudd og smertebehandling til eldre pasienter, men det er få studier som viser pasientens erfaring gjennom hele behandlingsforløpet. Med utgangspunkt i temaet, *lårhalsbrudd og smertebehandling til eldre pasienter*, har jeg søkt etter studier som viser pasientens erfaring av smertebehandling gjennom et behandlingsforløp i forbindelse med operasjon av lårhalsbrudd, samt hvordan de har medvirket til smertebehandlingen og ellers i dette forløpet.

2.1 Smerteproblematikk hos eldre

Kongsgaard, Wyller og Breivik (2008) hevder at eldre pasienter rapporterer færre smerter enn yngre. Årsakene kan være at de er redde for sykehusinnleggelse, avvisning, og tror at smerter er uunngåelig når man er blitt gammel, og at det derfor er uakseptabelt å klage på

smerte. Subjektive symptomer som nedsatt syn og hørsel og taleevne, kan komplisere rapporteringen og gi kommunikasjonsbegrensinger. Både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer har betydning for opplevelsen av smerte. Det viser seg at 40 % av eldre over 65 år har mindre smerter ved hjerteinfarkt, peritonitt og lungebetennelse enn yngre. Etter traumer og inflammasjon foreligger det redusert plastisitet og forlenget dysfunksjon av nervesystemet hos eldre, og dette fører igjen til at smertene kan bli kroniske. En generell endring skjer også i immunsystemet og muskel- og skjelettsystemet. Symptomer som angst depresjon, dårlig matlyst og søvnforstyrrelser kan være forårsaket av smerte. Dårlig smertelindring kan medføre økt forvirring, sein mobilisering og dårligere funksjon til pasienter med hoftebrudd. Eldre har ofte flere sykdommer samtidig som trenger medisinsk behandling. Derfor kan bivirkninger og interaksjoner være en utfordring ved smertelindring (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008).

Studien til Kullenberg et al. (2004) viser at analgetika, opioid som smertestillende ofte kan forsterke forvirringstilstanden ved hoftebrudd. Uten å påvirke CNS kan femoral nerveblokkade gi total smertelindring ved at de sensoriske nervesignalene fra hofteledd og lår blokkeres. Peroperativ pleie blir lettere og postoperativ mobilisering kan starte tidligere (Kullenberg et al. 2004).

Studien til Sjøveian (2012) viser en mulig underrapportering av smerte blant de eldre pasientene. De eldre pasientene og pårørende hadde fått preoperativ informasjon om viktigheten av god smertelindring ved behandlingsforløpet av kne- og hoftekirurgi. De ble gitt en viss egenkontroll i smertebehandlingsforløpet. De fikk informasjonen om bruken av smertekartleggingsverktøyet NRS, som er et selvrapporteringsverktøy. Det viste seg at sykepleierne hadde ulike rutiner for å gjenta den preoperative informasjonen i postoperativ forløp, og at det er behov for en aktiv kunnskapsoverføring fra sykepleier til pasient (Sjøveian 2012).

2.2 Interaksjon og samhandling mellom eldre pasienter og system

Kongsgaard Wyller og Breivik (2008) viser i sin studie at det ikke utføres systematisk smertediagnostikk til eldre, og at derfor er smerte underdiagnostisert ved somatisk sykdom. Når det gjelder smerteintensitet og hyppige smerter, stiller ofte helsepersonell seg kritisk, spesielt hvis pasienten har kognitiv svikt. Det er viktig å ta hensyn til smerteintensitet, ved at pasientene medvirker i beskrivelsen av smerteopplevelsen ved

hjelp av måleinstrumenter som tradisjonelt er i bruk. Best effekt til eldre i tverrfaglige team hvor man kombinerer ikke- medikamentell behandling med medikamentell behandling. Spesialiteter som geriatri, nevrologi, fysioterapi, ortopedi anesthesiologi og klinisk farmakologi må kombineres. Kompetanse og undervisning må prioriteres for å gi eldre bedre smertebehandling (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008).

Ifølge Kullenberg et al. (2004) ble det i en prospektiv studie bestående av to pasientgrupper utprøvd både analgetika, opioid og femoral nerveblokada som smertebehandling. Forutsetningen for å være med i denne studien var at pasienten kunne forstå og bruke visuell analogskala (VAS). Alle pasientene ble fulgt opp regelmessig ved bruk av (VAS) og mental status ble fortløpende kartlagt. Resultatet viste at smertelindringen var likeverdig mellom disse to behandlingene, men femoral nerveblokada gir mindre forvirring, god peroperativ pleie og tidligere postoperativ mobilisering. Utfordringen ved behandling av akutt smerte ved lårhalsbrudd er ofte organisatoriske (Kullenberg et al. 2004).

Ifølge Hommel, Ulander og Thorngren (2003) var prosjektets mål med studien å bedre den preoperative smertelindringen slik at resultatet ved behandling av lårhalsbrudd ble bedre. Studien er retrospektiv ved at alle pasienter med lårhalsbrudd de 4 siste månedene i 1998 blir sammenliknet med de samme registreringene i tidsrommet 1999-2000; etter at det har blitt gjennomført kvalitetsforbedringer, som blant annet informasjon og bruk av kartleggingsverktøy for og indentifisere smerte. Studien viste at etter forbedringen ble antall pasienter som ventet mer enn en time på smertelindring halvert. Videre gikk ventetiden for operasjon ned, og trykksår ble betraktelig redusert. Etter fokus på kvalitetsforbedringer ble utfallet bedret for pasienter med lårhalsbrudd. Dette ved at alle ansatte ble involvert i kvalitetsforbedringen (Hommel, Ulander og Thorngren 2003).

En studie utført av Bergh et al. (2005) ved et svensk universitetssykehus omhandler smertebeskrivelse, smertevurdering og smertekartlegging hos eldre hofteopererte pasienter. Målet var å belyse hvilke ord pasientene brukte for å beskrive smerteopplevelsen. Disse ordene ble sammenliknet med ord brukt i smerteskalaene (SF-MPQ) og (POM). Ved mye smerte brukte de fleste pasientene de samme ordene som i smerteskalaene. Samtidig ble også ordene stiv, redd og forferdelig brukt for å beskrive smerteintensiteten. For å beskrive smerteopplevelsen kom studien fram til at pasientene trenger et flerdimensjonalt

smertekartleggingsverktøy med forhåndsdefinerte ord som ikke bare beskriver intensitet. Eldre pasientene må også få beskrive smerteopplevelsen ut i fra egne ord (Bergh et al. 2005).

Ifølge studien til Murphy et al. (2011) ble det i en studie utlevert et preoperativt informasjonshefte om mobilisering postoperativt. Undersøkelsen gikk ut på å se om denne informasjon vil gi tidlig mobilitet og forbedring av hoftebrudd. Pasientene ble delt i tre grupper, en vanlig behandling, en med informasjonshefte med grunnleggende informasjon, og en med detaljert informasjon og vanlig behandling. Det viste seg at pasientene som fikk informasjonshefte med grunnleggende informasjon om tidlig mobilisering hadde det beste resultatet av behandlingsforløpet (Murphy et al. 2011).

Artikkelen til Fredheim et al. (2011) viser at forebygging av postoperative komplikasjoner fremmer mobilisering og velvære hos pasientene. Studiene var basert på egenrapporterte pasientdata og data fra pasientjournaler. 40 av 215 pasienter hadde fått informasjon om risiko for utvikling av kroniske smerter. De fleste pasientene var fornøyd med smertebehandling på tross av at bare 67 % hadde fått informasjon om postoperative smerter og smertebehandling før operasjon. Smerteintensitet var kun journalført til 22 %, 52 % av pasientene var blitt bedt om smerteangivelse etter skala, 78 % ble forespurt om behovsmedisin og 74% ble spurt om effekten av den. Mange av pasientene var tilfredse med smertebehandlingen, men at det var fremdeles en del som kunne bli bedre, som dokumentasjon og systematisering av smertekartlegging, samt en informasjon preoperativt om risiko for kronisk postoperativ smerte (Fredheim et al. 2011).

Wøien og Strand, (2008) hevder at individuell postoperativ smertebehandling er viktig ved både akutte og planlagte kirurgiske inngrep. Pasienten skal helst være smertefri i ro, og bivirkninger som respirasjonshemming, kløe og kvalme må unngås. Dessuten bør pasienten ha muligheter for mobilisering. Kirurgiske pasienter blir raskere mobilisert ved tilfredsstillende smertelindring postoperativ. Både pre- og postoperativ smerte samt immobilisering kan føre til økt risiko for kronisk smerte. En norsk studie på 102 ortopediske pasienter viste at underbehandlet postoperative smerter i fem døgn førte til redusert gangfunksjon, og samværet med andre mennesker ble mindre. Preoperativ forberedelse som god informasjon er viktig for at postoperative resultater skal bli best

mulig. Pasienten bør få informasjon om tilgjengelige postoperative smertebehandlingsalternativer, og hvilken funksjon disse har (Wøien og Strand 2008).

3.0 Problemstilling

Med bakgrunn i tidligere forskning på området blir hovedproblemstillingene for studien:

- Hvilke opplevelser har eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd av smertebehandlingen før operasjonen, under operasjonen, etter operasjonen, og videre i spesialistrehabiliteringsavdeling?
- Hvordan opplever eldre pasienter som er operert lårhalsbrudd egen medvirkning, og den informasjon som ble gitt av helsepersonell, i forbindelse med hele behandlingsforløpet?
- Hvordan opplever eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd hele behandlingsforløpet?

3.1 Egen forforståelse og erfaringsgrunn

Som forsker ønsker jeg å studere den opplevde erfaring eldre pasienter har i et behandlingsforløp. Målet er å få tak i erfaringen slik nettopp disse pasientene har opplevd dette. For å få til dette er det viktig å klargjøre min egen forståelseshorisont, ved å være bevisst min egen forforståelse. Min forståelseshorisont bygger på sykepleiefaget, kompetanse i aldring og eldreomsorg, smerte og smertebehandling, helserett, og på erfaringer jeg har gjort meg i møter med pasienter. Jeg har arbeidet med smerteproblematikk hos eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd. Med dette som bakgrunn har jeg ofte undret meg over om pasientene har fått og forstått den informasjonen de trenger for å kunne medvirke i eget behandlingsforløp. Ut i fra denne nysgjerrigheten ønsker jeg å undersøke opplevelsen eldre pasienter har i forbindelse med et behandlingsforløp ved operasjon lårhalsbrudd.

Min forforståelse baserer seg også på antakelser som delvis bekreftes innen forskning. Berntzen et al. (2010) hevder at dårlig smertelindring til eldre postoperativt kan gi kroniske smerter (Berntzen et al. 2010). Ifølge Thomassen (2006) hevder Husserl at

kjennetegnet ved en direkte opplevelse av helhetlig, meningsbærende fenomener er menneskelig erfaring (Thomassen 2006). Når jeg ser opplevelsen eldre pasienter har i forbindelse med et behandlingsforløp i et fenomenologisk lys ut ifra Husserl, må jeg som forsker så godt som mulig sette min forståelseshorisont i parentes for å komme fram til en beskrivelse av behandlingsforløpet, mest mulig sett fra informantenes livsverden. En fullstendig parentessetting er selvsagt ikke mulig. Fordelen her er at jeg blir veldig bevisst min forforståelse, men ulempen er at jeg ikke tar med i betraktningen at jeg har med meg min ubevisste forforståelse inn i beskrivelsen av behandlingsforløpet. Hensikten min blir da å fremstille informantens stemme så lojalt som mulig uten så mye påvirkning fra min teoretiske referanseramme og forforståelse. Fordelen her er at jeg som forsker bevisstgjør forforståelsen, og at jeg forsøker å se behandlingsforløpet ut fra informantens opplevelse, samtidig som jeg tar i betraktning at jeg allerede har fortolket når jeg beskriver behandlingsforløpet, men hvor mye av dette som er ubevisst tolkning vil fremdeles være noe uklart. I og med at jeg ut i fra temaet skal intervju pasienter om et behandlingsforløp vil det bli en retrospektiv undersøkelse, hvor en undersøker i fortid.

Ifølge Thomassen (2006) hevder Gadamer at ny forståelseshorisont skapes ved horisontsammensmeltning når to forståelseshorisonter møtes (Thomassen 2006). Det er det som skjer når to fagpersoner med to ulike forståelseshorisonter møtes i fruktbar dialog. I møte med eldre pasienters opplevelse av behandlingsforløpet ved operasjon av et lårhalsbrudd, har jeg som forsker med meg en forforståelse fra faglitteratur sammen med opplevd erfaring i min forståelseshorisont. Denne kunnskapen bygger på at smerter kan bli kroniske hvis pasienten er for dårlig smerte lindret, og at medvirkning og informasjon i et behandlingsforløp gir en bedre opplevelse av smertelindringen. I og med at det er jeg som skal være forskeren kan fordelene være at jeg forstår og fortolker pasientopplevelsen ut i fra min forforståelse, men samtidig må jeg klargjøre med forforståelse så den ikke overskygger den nye kunnskapen. Dette kan illustreres ut i fra den hermeneutiske spiral (Thomassen 2006), ved at en pendel går fram og tilbake fra pasient opplevelsen til min forforståelse, og utvikler ny forforståelse. Utfordringen min blir å ha en åpenhet for å lære noe nytt av det innsamlede materialet.

Problemstillingen i prosjektet rommer for det første informantenes beskrivelser av sine subjektive opplevelser. Alle typer intervjuer er i større eller mindre grad retrospektive eller tilbakeskuende. Slik sett inneholder informantenes beretninger en rekke fortolkninger av

subjektive opplevelser. I tillegg kommer forskerens forforståelse som også vil innebære en fortolkningsproblematikk. Ifølge Malterud (2003) er enhver beskrivelse farget av fortolkninger og enhver tolkning bygger på en beskrivelse (Malterud 2003,50).

4.0 Teori

I dette kapittelet gir jeg en framstilling av tema som kan være betydningsfull som referanseramme for funn og som utgangspunkt i diskusjonskapittelet.

4.1 Historisk bakgrunn for pasient- og brukerrettighetsloven

Loven om lægers rettigheter ble ifølge Syse (2009) vedtatt i 1927 og er den første Legeloven i Norge. Ut i fra legens perspektiv ble rettsforholdene mellom samfunnet, legene og pasientene fastlagt. Enkelte plikter ble legene pålagt. Disse ga tilsvarende rettigheter for pasientene. Spesielt viktig var bestemmelsene om plikten til øyeblikkelig hjelp i bestemte situasjoner og taushetsplikten. I Legeloven som kom i 1980 ble legene pålagt en del plikter som igjen ga pasientene rettigheter. Helsepersonelloven trådte i kraft 1. januar 2001, og opphevet Legeloven (Syse 2009).

Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven speiler hverandre. Dette ved at pasientrettighetsloven sikrer pasienten rett til informasjon og helsepersonell plikter å gi informasjon. Taushetsplikten til legene bygger på et legeetisk prinsipp på flere tusen år som er nedfelt i den hippokratiske legeed. Ved vedtakelsen av straffeloven i 1902 ble legers taushetsplikt først lovfestet i Norge. I de profesjonslovene som regulerer virksomheten til de enkelte helsearbeidergruppene ble reglene om taushetsplikt nedfelt. Pasienten fikk med dette rett til konfidensialitet. En lovfestet rettighet til informasjon om sin behandling og helsetilstand, innsynsrett i sykejournal, og rett til medvirkning under behandling fikk pasientene som følge av legeloven i 1980. Etterhvert ble disse rettighetene gjort gjeldene ovenfor også for andre helsearbeidere (Syse 2009).

Om de nevnte rettighetene ovenfor gir Pasientrettighetsloven mer klare regler. Spesielt rett til medvirkning, informasjon, krav til samtykke og rett til journalinnsyn.

Gjennom den øverste helsepolitiske ledelse blir det fremmet lovforslag til Stortinget. De fire nye helselovene, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven, psykisk helsevernlov og spesialisthelsetjenesteloven ble vedtatt i 1999 (Syse 2009).

Pasientrettigheter i et nordisk perspektiv: Prinsippene om pasientrettigheter er nedfelt i ulike lover i Sverige. Formålet for helse- og sykeomsorgen i Hälso- och sjukvårdslagen, «en god helse og omsorg på like vilkår for hele befolkningen». Behandlingsbehovet til pasienten skal være avgjørende for tiltakets omfang og karakter. Loven bygger på at den skal fremme et tillitsforhold mellom pasient og helsepersonell, og respekten for pasientenes selvbestemmelse og integritet skal ligge til grunn. I samråd med pasienten skal så langt som mulig omsorg og behandling utformes og gjennomføres sammen med pasienten. Retten til informasjon innebærer at pasienten skal gis tilstrekkelig informasjon om behandling og helsetilstand. Pasientenes evne og behov er avgjørende for hvordan informasjonen skal formidles (Syse 2009, 59).

Pasientrettighetene er også nedfelt i flere ulike lover i Danmark. Folketinget vedtok i 1998 en egen pasientrettighetslov, og den inneholder blant annet bestemmelser om retten til informasjon og selvbestemmelse, representasjon, samt regler om taushetsplikt (Syse 2009).

Det første europeiske landet som fikk lov om pasientrettigheter var Finland «Lag om patientens ställning och rättigheter, i 1991». Loven inneholder blant annet retten til informasjon og pasientens selvbestemmelse. Imidlertid inneholder ikke loven krav om at det forut for undersøkelser og behandling skal foreligge samtykke. Likevel framgår det ut i fra forarbeidene at et stilltiende samtykke er til strekkelig, men at dette vurderes i forhold til hvor inngripende behandlingen er (Syse 2009, 61).

I forbindelse med menneskerettighetsperspektivet i pasientrettighetene ble tre konvensjoner med enkelte tilleggsprotokoller gjort til norsk rett ved lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett, menneskerettsloven. Den europeiske menneskerettskonvensjonen av 1950 (EMK), FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 1966 (SP) og FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966 (ØKS). Alle generelle menneskerettigheter gjelder i utgangspunktet for pasientene ut i fra hvor relevante de er. Eksempler på menneskerettigheter er informasjonsfrihet, ytringsfrihet, respekt for privatliv og religionsfrihet. For helsetiltak som representerer tvangsinngrep, behandling uten samtykke har de sivile og politiske frihetene og rettighetene størst betydning (Syse 2009). I 1994 utarbeidet europakontoret til verdens helseorganisasjon (WHO) en deklarasjon om pasientrettigheter. «The Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe» Den

er ikke rettslig bindende, men retningslinjene bør legges til grunn i lovgivingen vår (Syse 2009, 68). Den omhandler «pasienters rett til respekt for integritet og menneskeverd, og rett til informasjon om helsetjenestetilbudet og om den medisinske behandlingen som pasienten mottar» Den omhandler også pasienters rett til å stanse behandling, og retten til å motsette seg behandling. Retten til helsetjenester og brukerrepresentasjonens betydning blir også framhevet (Syse 2009, 68).

4.2 Pasientforløp

Ifølge St.meld. nr. 47 (2008-2009), «Samhandlingsreformen», er verdigrunnlaget til helsetjenesten vesentlig for utviklingen av tjenestene. De som har behov for å bli møtt av en helhetlig tjeneste, er ofte pasienter som er mest sårbare. Det er derfor viktig at pasientene blir møtt av tjenesteyterne med et helhetlig menneskesyn og at de blir sett i en større sammenheng. Grunnlaget til tjenesteytelsen er hensynet til pasienten, altså respekten for enkeltmennesket. Fra å være en passiv mottaker har pasienten utviklet seg til å bli mer aktivt medvirkende. Ved medvirkning i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp klarer pasienten bedre å mobilisere egne ressurser. Prognosen for gode resultater blir også bedre. Pasientperspektivet skal legges til grunn for handlingene til de som jobber i helsetjenesten (St.meld. nr. 47).

Ifølge St.meld.nr. 16 (2010-2011), «Nasjonalhelse helse- og omsorgsplan», er det å sette brukerens behov i sentrum brukermedvirkning. Det er naturlig at brukerne skal delta i medvirkning og ta beslutninger i saker som omhandler dem. Når brukerne deltar aktivt i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak, skjer det gjennom brukermedvirkning. For å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp-tjenester og innleggelser i sykehus er det viktig å ha et stabilt forhold til for eksempel fastlegen. Gode informasjonstjenester som internett og sosiale medier øker mulighetene for at pasient og brukere treffer valg som fremmer helse og mestring og egenomsorg. Utfordringen kan være at informasjonen som innhentes ikke bestandig er kvalitetssikret. Derfor er det viktig at gode og kvalitetssikrede informasjonstjenester er lett tilgjengelige.

I arbeidet med å utvikle helse- og omsorgstjenester skal brukerorganisasjonene ivareta brukernes interesser. Målet i et helhetlig behandlingsforløp er god behandlingskvalitet St.meld.nr. 16.

4.3 Rett til medvirkning

Pasientens medvirkning i helsevesenet har ifølge Ot.prp.nr.12 (helse- og omsorgsdepartementet 1998-99) stått sentralt i utviklingen i den senere tid. Ot.prp.nr.12 inneholder forslag til lov om pasientrettigheter som ble vedtatt 1999 og trådte i kraft i 2001. Proposisjon inneholder også mye bakgrunnsinformasjon for arbeidet med loven Ot.prp.nr.12. Jeg velger å referere til proposisjonen gjennom hele masteroppgaven. Ifølge Ot.prp.nr.12 har pasientene fått en mer aktiv og deltakende rolle på grunn av økt kunnskap om helsetjenestene og sin egen helsetilstand. I retning av medbestemmelse, medansvar og samarbeid har det skjedd en demokratiseringsprosess og brukerorientering. Det understrekes at pasienten er spesialist på seg selv, og helsepersonellet er spesialister på medisin. «Sykdom leges ikke av leger, men ved legers hjelp». Helbredelsen skjer i pasientens kropp og med pasientens medvirkning». For å oppnå gode resultater for pasientene er det viktig at samarbeidet med helsevesenet og pasientene er godt. (Ot.prp.nr12 1998-99, pkt. 5.1.1).

NOU (Helse- omsorgsdepartementet1992:8) «Lov om pasientrettigheter» var integrert som bakgrunn i Ot.prp.12. I denne NOU ble retten til medvirkning ikke foreslått som egen bestemmelse. I utkastet til § 4-1 som omhandler forsvarlig helsehjelp står det «Helsehjelpen skal gis på en slik måte at pasienten i størst mulig grad medvirker og utnytter egne ressurser» (Ot.prp.nr.12 1998-99, pkt. 5.1.1). St. meld.nr. 50 (Helse- og omsorgsdepartementet1993-94)» Samarbeid og styring» viser til legeloven § 25 tredje ledd om bestemmelsen om pasientmedvirkning som er et viktig prinsipp i norsk helselovgivning. Dette har ført til en gradvis endring i relasjonen mellom pasient og lege.

I forbindelse med bestemmelse om medvirkning foreslo Norsk Pasientforening i sitt forslag til lovtekst at pasient og pårørende så langt som mulig har rett til å medvirke i behandlingen dersom de har samtykkekompetanse etter reglene i § 2-9. Pasienten gis også anledning til å velge mellom tilgjengelige behandlings og undersøkelsesmetoder, og i ettertid kan de komme med vurdering av behandlingen.

I forhold til evaluering av behandlingen innebærer bestemmelsen at pasientene får et medansvar. Det er frivillig om pasienten ønsker å bruke medbestemmelsesretten (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Rett til medvirkning har sin opprinnelse i respekten for pasientens liv og integritet. Det å bli pasient innebærer ikke å gi avkall på dette. Dette må også sees i sammenheng med helsevesenets formål: En måte å behandle mennesker på effektivt, gi nødvendig omsorg og lindre plager. Av og til kan det oppstå motsetninger mellom det å utnytte helsevesenets ressurser mest mulig effektivt og pasientens ønsker. Dette kan være i forhold til andres behov for helsetjenester, og i forhold til pasienten selv (Ot.prp.nr.12 1998-99).

For å oppnå gode resultater for pasientene presiserer departementet at pasientens medvirkning er viktig. I stedet for å utnytte pasientens ressurser i positivt samarbeid blir det ofte lagt opp til passiviserende behandlingsrutiner. Helsepersonellet skal også lære pasienten måter å leve på som gir god helse. Dette er vanskelig å få til uten betydelig pasientmedvirkning (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Pasientmedvirkning er sentralt i et kvalitetssikringsperspektiv. I forbindelse med tilbakemelding til sykehusene er det viktig å få tak i systematisk pasienterfaring. Når det gjelder å fremskaffe informasjon om hvordan sykehusets tjenester ytes utgjør pasientene en ubrukt ressurs. Pasientene samt pårørendes erfaring om sykehusenes service kan brukes i forbedringsarbeid internt i sykehusene. Her kunne sykehusene hatt nytte av informasjons innsamling av pasientopplevd kvalitet. Dette kan gjøres med å sikre pasientens rett til medvirkning i behandlingen både før, underveis og etterpå.

Retten til medvirkning, retten til å samtykke til helsehjelp og retten til informasjon henger nært sammen. Pasienten blir en samarbeidspartner med helsepersonellet gjennom medvirkningsretten (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Graden av medvirkning endres ut i fra hvor komplisert helsehjelpen er og hva som er praktisk mulig ved for eksempel bevisstløshet. Pasientens reelle medvirkningsmuligheter er avhengig av hvor stor faglig kompetanse som kreves. Derfor må retten til å medvirke tilpasses den enkelte pasients forutsetninger. Det understrekes at medvirkning alltid vil være basert på frivillighet. Derfor kan ikke pasienten pålegges å medvirke. Før helsehjelp kan gis må det foreligge samtykke fra pasienten. Det grunnleggende ansvaret som helsepersonell har for at helsehjelpen skal være forsvarlig blir ikke mindre ved medvirkning (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Et spesielt spørsmål gjelder pasientens mulighet til å velge hvilken metode som skal brukes ved behandling. I forhold til kompetanse har helsepersonell den beste forutsetningen for å velge den beste metoden til pasienten. Et vurderingsspørsmål er graden av likeverdighet i behandlingstilbudet. Imidlertid skal pasientens syn og vurdering være tungtveiende i avgjørelsen. Hvis pasienten er innforstått med metodevalg og konsekvenser, er det er større sannsynlighet for at behandlingen blir vellykket og at pasienten har opplevelse av tilfredshet. Når det gjelder likeverdige valg, er det naturlig at pasienten tar avgjørelsen. Sett ut i fra et kvalitetssikringsperspektiv er det viktig å gi pasienten mulighet til å være med ved evaluering av helsehjelpen. Dette gjelder både informasjonsutveksling, opplevelse av gjensidig tillit og respekt, organisering av tilbud, samt de konkrete metoder som er brukt (Ot.prp.nr.12 1998-99).

4.4 Rett til informasjon

Ifølge Ot.prp.nr.12 ble følgende bestemmelse om informasjon foreslått i NOU (Helse- og omsorgsdepartementet 1992:8) «Lov om pasientrettigheter»:

«Pasienten skal informeres om sin medisinske tilstand, om forventet utvikling og om de tilbud helsevesenet kan gi, slik at pasienten i størst mulig grad kan ivareta sine interesser. Pasienten skal informeres om mulige bivirkninger og risiki som helsehjelpen kan medføre, så langt det er rimelig og følger av anerkjent medisinsk praksis.» (Ot.prp.nr.12 1998-99, pkt. 5.2.1).

Ifølge Ot.prp.nr.12 i St. meld. Nr. 50 (Helse- og omsorgsdepartementet 1993-94), «Samarbeid og styring», ble en generell rett til informasjon foreslått lovfestet. For å redusere grunnlaget for klager og erstatningssaker kan pasientens rett til informasjon være et formålstjenlig virkemiddel (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Norsk pasientforening foreslo i sitt lovforslag flere bestemmelser om rett til informasjon. Hovedregelen var at pasienten skulle ha rett til informasjon om sin helsetilstand, og videre ha rett til informasjon om hvilke nødvendige undersøkelser, diagnose, forskjellige behandlingsalternativer og ellers andre forhold som kan ha betydning for behandlingen for å kunne samtykke til behandlingen. Dersom pasienter blir påført skade eller det er oppstått komplikasjoner, ble det foreslått lovfestet at pasienten skulle informeres. Informasjonen skal tilpasses ut i fra pasientens situasjon og forutsetning, samt regler når informasjon kan

holdes tilbake (Ot.prp.nr.12 1998-99).

I forhold til behandling og i andre sammenhenger er informasjon og medvirkning nødvendig for å kunne ivareta egne interesser. For at pasienten kan samtykke til helsehjelp er informasjon en forutsetning. For å kunne medvirke på en effektiv måte er informasjonen viktig. Et av de viktigste helserettslige temaer i dag er pasientens autonomi. Pasientens rett til informasjon står sentralt (Ot.prp.nr.12. 1998-99).

Pasienten skal ha jevnlig tilgang til opplysninger om sin helsetilstand og helsehjelpen som ytes. Dette ut i fra hensynet til pasientens integritet. For at en pasient skal ha mulighet til å planlegge livet sitt kan retten til å bli informert ha stor betydning.

Når det gjelder å skape tillit og tilfredshet med ytelsene, er informasjon om hva pasienten kan forvente av helsetjenesten viktig. En gjensidig informasjonsprosess bør etterstrebes for at tilbakemelding på opplevelsen kan bli brukt i stadig forbedringsarbeid.

Pasientene får stort sett tilfredsstillende informasjon ved at legene bidrar til dette etter gjeldende lovregler og etiske krav. Av og til kan det være behov for en nærmere klargjøring av omfanget av informasjonsplikten. Bakgrunnen for et økende antall klagesaker og erstatningssaker i helsevesenet kan indirekte eller direkte være leger, som det er dokumentert ikke etterlever krav ut i fra gjeldende lov og praksis. Et effektivt virkemiddel til å sikre pasientens behov er lovbestemmelser som tydeligere og konkret fastslår helsepersonellens plikter og pasientens rettigheter til informasjon og krav om taushet (Ot.prp.nr.12 1998-99).

For å få innsikt i innholdet i helsehjelpen og sin tilstand skal pasienten få nødvendig informasjon. Dette gjelder både behandling og informasjon om diagnose og prognose. Altså alle former for helsehjelp. Informasjonsplikten gjelder også risiko og alternative fremgangsmåter. Informasjon om risiko gjelder både langsiktige og kortsiktige problem. En del av helsehjelpen som ytes er skade som følger av helsehjelpen for eksempel operasjonssår og strålebehandling. Påregnelige skader forutsettes det at pasienten blir informert om, i følge Norsk Pasientskadeerstatning. I dag regnes slike skader ned mot 1 %. Statistisk er det ekstraordinære skader under 1% som vanligvis gir grunnlag for erstatning.

Risiko for skader som følge av helsehjelpen og som ikke gir grunnlag for erstatning bør pasientene få informasjon om (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Uten å be om det skal pasienten få informasjon automatisk. Helsepersonell som har det faglige ansvaret plikter å gi informasjon. Vedkommende kan gi andre beskjed om å informere selv om den som yter helsehjelp har ansvaret for at pasienten eller pårørende får den informasjon han trenger. Den enkelte institusjon kan utarbeide egne retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal følges. Det kreves en særskilt begrunnelse fra helsepersonell for tilbakeholdelse av informasjon, og dette må journalføres.

Hvis det er mulig skal informasjon gis fortløpende. For at pasienten kan samtykke til helsehjelp må informasjon som gis være tilstrekkelig. Dette er et minimumskrav. Det er et krav om informert samtykke som rettsgrunnlag for å yte helsehjelp. For at pasienten blir i stand til å medvirke til valg av helsehjelp eller ha flere alternativ, skal pasientinformasjonen være tilstrekkelig (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Pasienten må selv kunne bestemme at han ikke vil ha forskjellige opplysninger, for eksempel om han har en dødelig sykdom. Pasientens ønske om å ikke bli informert skal respekteres. Dette er imidlertid ikke en uinnskrenket rettighet. Pasienten må til en viss grad ha mottatt nødvendig informasjon om hvordan helsehjelpen blir gitt og virkninger av dette når pasienten har samtykket til helsehjelpen. Hvis helsehjelpen kan føre til at pasienten for eksempel får endret sinnstilstand, og med dette kan bli til fare for andre bør pasienten få informasjon om dette selv om informasjonen ikke er ønsket. Hensikten med å gi informasjon mot pasientens vilje er da å forebygge skadevirkninger (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Å nekte å motta informasjon kan føre til konsekvenser for pasientens tilgang på helsetjenester. Det forutsettes at nødvendig informasjon er gitt for å gjennomføre helsetjenesten da kravet om forsvarlighet gjelder for helsepersonell og informert samtykke fra pasient må foreligge før helsehjelpen ytes. Med mindre det er nødrett blir alternativet at helsehjelpen ikke kan ytes. Pasientene må informeres om konsekvensene for å avstå fra informasjon. Det skal begrunnes og dokumenteres i journal når informasjon ikke blir gitt (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Det kan tenkes helt spesielle situasjoner der pasienten ikke bør ha informasjonsrett, for eksempel opplysninger om en bestemt sykdom som kan føre til store psykiske belastninger for pasienten. Retten til informasjon er en grunnleggende pasientrettighet i følge departementet. Det skal derfor mye til for å undra denne informasjon fra pasienten (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Informasjon er viktig å gi gjennom hele behandlingsforløpet. Dette er spesielt viktig ved oppståtte komplikasjoner, og i situasjoner hvor pasienten er påført skade som følge av helsehjelp. Det skal informeres om skadetilfeller som er inntrådt og om erstatningsordningen for pasienter. Det skal også informeres etter at behandlingsforholdet er avsluttet når det antas at pasienten har fått en betydelig skade som følge av helsehjelpen. For å få en ny medisinsk vurdering, eller behandling av skaden eller for å søke erstatning for påført skade kan pasientene ha behov for slike opplysninger (Ot.prp.nr.12 1998-99).

For å informere pasientene om rettigheter og muligheter om behandling, eller erstatning i forbindelse med komplikasjoner og oppståtte skader vil pasientombudenes rolle være viktig. Helsetjenesten og helsepersonell skal også gi denne informasjonen. En skal være oppmerksom på pasienter som av ulike årsaker ikke er i stand til å tilegne seg opplysninger om klagerett. Et eksempel på dette kan være sjelelig svekkelse. Derfor må pasientenes pårørende eller representant i visse tilfeller bli gitt informasjon (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Opplysningsplikten til pårørende står tilbake for kravet pasienten har på taushet. Der det er motsetning mellom pasient og pårørendes ønsker bør det i utgangspunktet være pasientens krav på taushet som gjelder. Pasienten må gi samtykke til at pårørende blir informert om taushetsbelagte opplysninger som for eksempel pasientens helsetilstand. Hvis pasienten har en representant, har denne de samme rettigheter som pasienten til å få informasjon slik pasienten ville fått hvis han hadde full evne til å motta informasjon (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Når pasienten ikke kan gi gyldig samtykke grunnet for eksempel bevisstløshet eller psykiske forstyrrelser kan pårørende informeres. Det er sjelden motsetninger i etterkant mellom pasient og pårørende om dette. Informasjon er da gitt av hensyn til pårørende. På bakgrunn av et antatt samtykke kan det bli tatt en avgjørelse om at pårørende blir informert. I behandlingssituasjonen kan de pårørende bidra til å gi pasienten trygghet, og i

mange tilfeller kan man anta at pasienten ville at de skulle informeres. Når det ikke foreligger samtykkekompetanse, og det må treffes avgjørelser på pasientens vegne må den som har myndighet til dette informeres. I så stor utstrekning som mulig skal pasienter med nedsatt samtykkekompetanse selv ta avgjørelser i helsespørsmål. Det er ikke behov for å informere pårørende hvis helsepersonell mener det er forsvarlig at pasienten avgjør spørsmålet (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Departementet foreslår å styrke informasjonsflyten med at informasjonen skal gis ut i fra pasientens individuelle forutsetninger. Det er poengtert at det ikke er hva som blir uttalt ovenfor pasienten, men hvordan slik som informasjonen blir oppfattet av pasienten. Ut i fra kravet om forsvarlig legevirksomhet ser departementet det slik at kravet til pasientens samtykke innebærer at det skal være informert om behandlingen. Dette innebærer at det tas hensyn til pasientens språk, funksjonsnivå, kultur og eventuelle funksjonshemninger. Slik at de kan få tilpasset informasjon, for eksempel blinde pasienter blir informert muntlig eller ved hjelp av blindeskrift (Ot.prp.nr.12 1998-99).

4.5 Krav til samtykke

Uavhengig av individets samfunnsmessige tilknytning og sosiale sammenheng har individet ifølge Ot.prp.nr.12 i utgangspunkt full bestemmelsesrett i forhold til sitt liv og helse, og sin frihet. Et eksempel på dette er legalitetsprinsippet. For å kunne inngripe i borgernes rettsfære må det finnes et gyldig hjemmelsgrunnlag. På en rekke områder har samfunnet funnet det nødvendig at selvbestemmelsesretten blir begrenset. Dette kan være at egne og andres liv må vernes, eller for eksempel verne om integritet og velferd (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Det kreves at det foreligger et gyldig rettsgrunnlag for ethvert inngrep overfor enkeltmennesket. Dette kan være basert på den enkeltes samtykke eller være lovhjemlet. Å utføre handlinger som ellers ville blitt oppfattet som integritetskrenkelser, som pasienter gir helsepersonell adgang til. Imidlertid kan ikke selvbestemmelsesretten strekkes så langt at handlingen fra helsepersonell blir uforsvarlig. Å ta pasientens liv etter samtykke fra pasienten er lovbrudd både etter straffeloven og forsvarlighetskravet. Innenfor helsevesenet har lovgiver i enkelte sammenhenger funnet det nødvendig å begrense den

individuelle bestemmelsesretten for å unngå skader på andre og på pasienten selv. Psykisk helsevern og smittevern er eksempler på dette (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Imidlertid etablerer pasienter normalt et behandlingsforhold til helsevesenet som er frivillig. De fleste pasientene følger de profesjonelles råd og regner med at legen vet best. Den endelige beslutningen blir likevel tatt av pasienten og ikke av helsepersonell, under forutsetning at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om diagnose og behandling (Ot.prp. nr. 12 for 1998-99).

NOU (Helse- og omsorgsdepartementet 1992:8) «Lov om pasientrettigheter», ble integrert som bakgrunn i Ot.prp.nr.12. I denne NOU er følgende bestemmelser om samtykke foreslått:

«Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Samtykke skal være basert på nødvendig informasjon til pasienten, jf. § 4-2.»
(Ot.prp. nr. 12 1998-99, pkt. 6.1).

Ifølge Ot.prp.nr.12 ble det i St. meld. Nr. 50 (Helse- og omsorgsdepartementet 1993-94). «Samarbeid og styring», stilt et særskilt krav om samtykke fra pasienten før behandling som har spesiell risiko foreslått, eller før smertefull og langvarig behandling igangsettes. Et stilltiende samtykke er vanligvis tilstrekkelig ved undersøkelser og behandling. Dersom behandlingen eller undersøkelsen er smertefull eller risikofylt tilrås at det lovfestes et skriftlig samtykke (Ot.prp. nr. 12 1998-99).

Før undersøkelse og eller behandling foreslår Norsk Pasientforeningen en bestemmelse om at pasientens samtykke må innhentes. Pasienten skal kunne trekke tilbake samtykket når som helst etter avtale. Hvis det anses som påtrengende nødvendig kan tiltakene likevel iverksettes hvis pasienten ikke er i stand til å gi samtykke grunnet sin fysiske og psykiske tilstand (Ot.prp. nr. 12 1998-99).

I behandlingssituasjonen har pasientens samtykke fått en sentral plass. Dette gjør at samtykke kan begrunnes ut i fra en etisk og helsefaglig synsvinkel. Respekten for pasientens menneskeverd og integritet blir understreket av kravet til pasientens samtykke.

Samtidig som at informasjon fra helsepersonell og samtykke fra pasienten gir en større pasientdeltakelse, noe som er en forutsetning for et godt behandlingsopplegg (Ot.prp. nr. 12 1998-99).

Som grunnlag for behandlingen foreslår departementet å lovfeste kravet om informert samtykke. Dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om tiltaket er samtykket gyldig. En forutsetning for dette er at pasienten har fått god og tilpasset informasjon om formål, metoder, forventede fordeler og eventuelt hvilke farer som kan følge av tiltaket. Det bør også informeres om det for eksempel skal være med student og eventuelt hvilke andre deltakere som skal være med i undersøkelsen eller behandlingen.

«Det presiseres at informasjonen må være tilpasset den enkelte pasient, inngrepets art og konsekvenser og omstendighetene for øvrig».

Før gyldig samtykke er avgitt kan det ikke forventes at pasienten har all tenkelig informasjon om tiltaket. Derfor er det krav om nødvendig informasjon om helsetilstanden og hva innholdet i helsehjelpen innebærer. Ved akuttinnleggelser vil informasjon om tiltakes art, risiko og eventuelle alvorlige komplikasjoner være tilstrekkelig (Ot.prp. nr. 12 1998-99, pkt. 6.7.1.2).

Det er flere gyldige måter å avgi et samtykke på. En måte å avgi samtykke på er uttrykkelig å si i fra til helsepersonell at en gir tillatelse til at for eksempel behandlingen iverksettes. Gjennom observasjon av pasientens atferd kan samtykke gis stilltiende. Stilltiende atferd er ikke uten videre akseptert som gyldig i alle kulturer. Ved tvil om reelt samtykke, må helsepersonell forsikre seg om pasienten har forstått informasjonen som er grunnlaget for det informerte samtykket. Noen ganger vil et antatt samtykke ligge til grunn. Her ville grunnlaget være at pasienten hadde ønsket helsehjelp dersom han hadde vært i stand til overveie situasjonen. For å sikre at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon, og har vurdert følgene av tiltaket, kan det stilles krav om skriftlighet hvis helsehjelpen kan være forbundet med alvorlige komplikasjoner (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Et generelt krav om skriftlighet er blitt diskutert i flere høringsinstanser og Sentralsykehuset i Hedmark uttalte at skriftlig informasjon og skriftlig samtykke kan være den eneste informasjonen som blir gitt i enkelte oppståtte situasjoner. I ettertid kan et skriftlig samtykke gjøre det vanskeligere å fremføre en klage. I og med at det er kun behov

for skriftlig samtykke i enkelte situasjoner advares det mot innføring av generell skriftlig samtykke.

Likevel mener departementet at skriftlig samtykke medfører at pasienten setter seg bedre inn i informasjonen, og at dette fører til at helsepersonell blir enda mer nøye på å informere samt etterprøver at pasientene har forstått konsekvensene av valget. Faren med dette er at informasjonen kun blir gitt skriftlig, og den gode samtalen som inneholder informasjon uteblir. En annen konsekvens er hvis informasjonen ikke er forstått, da kan en skriftlig informasjon gjøre det vanskelig i en eventuell klage i etterkant. Imidlertid påpeker departementet at kravet om et skriftlig samtykke ikke kan erstatte kravene om tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell. Rettslig sett har ikke skriftlig samtykke større verdi enn stilltiende eller muntlig samtykke (Ot.prp. nr. 12 1998-99).

Et spørsmål som dukker opp ved et gyldig samtykke ved behandling, er hvor langt samtykke gjelder. For eksempel hvis pasienten har gitt samtykke til vevsprøve fra en svulst i underlivet kan ikke legen fjerne eggstokker i forbindelse med samme operasjon uten på forhånd å ha innhentet samtykke. Dersom det ville ha medført fare for livet å unnlate inngrepet ville situasjonen muligens vært annerledes. Ved undersøkelse og behandling kan pasienten på hvert trinn trekke tilbake samtykket på forhånd (Ot.prp. nr. 12 for 1998-99). For å oppfylle de alminnelige kravene til gyldig samtykke må samtykket være gyldig. Samtykke må derfor ikke lide av tilblivelsesmangler. Dette er også i tråd med kravene til forsvarlig virksomhet (Ot.prp. nr. 12 1998-99).

4.5.1 Informasjon/kommunikasjon/etikk

Ifølge Ekeland og Heggen (2007) er det ved brukermedvirkning og helsepedagogikk viktig å tenke igjennom hvem og hva som er fokuset. Helsepedagogikk kan i en medisinsk behandlingsmodell ofte oppleves som en helsepersonellstrategi for å påvirke pasientene. Det blir da viktig å se helsepedagogikk som en prosess mellom to parter som på mange vis er ulike, men som har fokus på samme oppgave, pasientens situasjon og bedring (Ekeland og Heggen 2007). Ifølge Ekeland (2007) kan bedre helse, mestring og myndiggjøring dannes ved å utvikle en meningsskapende og relasjonsorientert kommunikasjon. Den skal ikke bare være informasjonsfokuseret. Kommunikasjon handler om mellommenneskelige relasjoner. Mange av de behov vi har for å fungere psykisk er knyttet til andre mennesker. Kommunikasjonen blir da bestemmende for at disse behovene blir tilfredsstilt. Det gis ikke

for lite informasjon i dagens helsevesen, men kommunikasjonen er for dårlig (Ekeland 2007).

Bjørnsland, Wilde-Larsson og Kvigne (2012) sier i sin studie at forutsetningen til pasientmedvirkning er avhengig av kontinuitet i sykepleiergruppa. Eldre pasienter er opptatt av å ha innflytelse som det å bli hørt på. Pasientene hadde opplevelsen av medvirkning når de fikk omsorg, ble vist respekt, samt ble anerkjent som eksperter på eget liv etter samtale med sykepleierne. Det å få bekreftelse på sin erfaring og kunnskap førte til at relasjonen mellom pasient og sykepleier ble preget av likeverdighet (Bjørnsland, Wilde-Larsson og Kvigne 2012).

Ifølge Thesen og Malterud (2001) omhandler empowerment begrepet styrkning og mobilisering av egne krefter, og å motarbeide krefter som gir avmakt.

4.6 Tillit

Fugelli fremholder at:

«Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste» (Fugelli 2011).

Under anestesi er en pasient ifølge Grimen (2009) underlagt helsepersonell. En feilvurdering kan det få store følger, som feilbehandling, feilmedisinering og sykehusinfeksjoner. Det er tatt for gitt at personalet vet hva de gjør, og at teknologien virker. For å utøve yrket er leger og sykepleiere avhengig av andres tillit (Grimen, 2009).

Ifølge Skirbekk (2012) er «Et menneske og menneskelighet ofte bedre medisin enn tabletter og sprøyter». Det kan lett bli umenneskelig hvis helsevesenet ikke tar individuelle hensyn til pasientene. Det er også velkjent i helsedebatter at det er et ønske om mer menneskelighet i helsevesenet. Skirbekk påpeker at syke mennesker er sårbare. Da er behovet for tillit basert på trygghet og nærhet viktig. Den grunnleggende tilliten til helsevesenet er høy på tross av mediers noe negative fremstilling av helsevesenet. Commonwealth Fund-undersøkelsene viser at pasientsikkerheten i Norge oppleves dårligere av pasientene her enn for andre vestlige land som var med i undersøkelsen. Elleve land var med i undersøkelsen. Det norske helsevesenet scorer dårligst på

pasientinformasjon. Tilliten til leger er høyere enn andre yrkesgrupper (Skirbekk, 2012, 248).

Skirbekk fremholder også at sårbarhet et grunnleggende trekk ved å være pasient. En pasient ønsker å bli tatt på alvor på en menneskelig måte. I møte med legen kan kanskje håpet om lindring være koblet til frykten for å bli såret gjennom feilbehandling og ydmykelser. Dette kan forstås slik at pasienter er sårbar i forhold til legens kompetanse og vilje, ved at syke mennesker tåler mindre enn friske. Tillit har stor betydning for riktig diagnose, og er viktig for implementeringen av behandlingen.

En overføring av myndighet kan sees i sammenheng med pasientens tillit til legen. Å akseptere hva andre sier uten å spørre hvorfor er tillit. Man etterspør ikke hva som forårsaker handlingene til den man stoler på det er å ha tillit. Når pasienten overlater viktige avgjørelser til legen blir ikke dette gjort uten vilkår. Dette blir gjort ut i fra forventninger vi generelt har til leger. «Å bli tatt på alvor som menneske». Forventninger som pasienten har til legen er knyttet til kompetanse (Skirbekk, 2012, 259).

Ifølge Grimen (2001) har man ved tillit til en annen person forventninger om at handlingsrommet som blir åpnet, blir brukt i samsvar med viljen, ønskene og interessene hans. Tillitsgiveren har definerte forventninger, tillit har derfor en retning. Tillitsgiveren forventer at viljen er god, og er sårbar overfor andres sin mulige vonde vilje. En person som er akutt syk har sjelden andre alternativ enn å stole på den gode vilje og kompetansen til helsepersonalet. Ved akutte situasjoner må personen ta et valg om han skal stole på legen eller dø. Pasienten må ta det han får, han har ingen frihet til å avslutte forbindelsen. Tvang til lojalitet, aksept av legitimitet og tro på effektivitet er tre mulige årsaker til at makt kan skape tillit (Grimen 2001).

Fugelli (2001) sier at menneskets følelse av at andres pålitelighet, kompetanse og godhet er til å stole på, er tillit. Dette kan forstås slik at en overfører makt til en annen person som kan handle til mitt beste, på mine vegne. Tillit til en venn, din lege er personlig tillit. Sosial tillit er for eksempel tillit til helsevesenet og Stortinget, og er i den forstand ansiktsløse og utvikler seg mellom mennesker. Ofte er sosial tillit tradisjonell og passiv. Fordi sykdom innebærer tap av tillit til kroppen og egen funksjonsevne har syke mennesker alltid hatt et

spesielt behov for å ha tillit. Behovet for å stole på andre som for eksempel leger blir forsterket når tapet av selvtillit er en realitet (Fugelli 2001).

4.7 Smerte som fenomen

Filosof Vetlesen (2004) sier at livet er ikke til å leve uten smerte. Samtidig er livet vanskelig å holde ut med smerte. Når smerten blir dominerende, frarøver den oss livet mens vi lever, og lengselen etter smertens fravær blir stor og kan bety lengselen etter slutten på livet. Når smerten fornemmes, blir den fornemmet som en følelse. Når smerten er intens og voldsom oppleves den som en tilstand. I forståelsen om hva smerte er kan det se ut som at det å skille fysisk og psykisk smerte skader mer enn det gagnar. Smerten dreier seg om å ha vondt uansett årsak, og følelsen det handler om er at det er vondt. Smerten er energitappende ved at den legger beslag på oppmerksomheten som igjen resulterer i at en blir utslitt (Vetlesen 2004).

I forbindelse med forklaringer om mulige årsaker til pasientens smerte har ofte hverken pasienten eller hjelperen nok kunnskap om dette hevder Nordtvedt og Nordtvedt (2001). Når pasientene må leve med kronisk smerte, kan ikke hjelperen ha noen direkte forklaring på smerteårsaken, og kan heller ikke garantere at smerten forsvinner. Derfor er det viktig at behandlingen ikke bare har årsaksforklaringer som utgangspunkt, og at den heller ikke gir lovnad om at smerten vil forsvinne. Det å forstå pasientens subjektive smerteerfaringer, og hva smertene betyr for pasienten er sentralt i smertebehandlingen (Nordtvedt og Nordtvedt 2001).

4.8 Smertefysiologi/nevrobiologi og smerteteori

I 1965 ble teorien om portkontroll lansert av Melzack og Wall (Stubhaug og Ljoså 2008). Et nytt perspektiv på smerte ble lagt fram, og nye nevrofysiologiske mekanismer ble foreslått. Smerteopplevelsen besto av sensoriske, affektive og kognitive komponenter. Denne teorien går ut på at det i ryggmargens bakhorn finnes spesialiserte celler som kan åpne eller lukke for smertestimuli som kommer inn. Smerteopplevelsen blir regulert i disse cellene. Smerten dempes med berøringsstimuli, dette ved at porten lukkes. Opplevelsen av smerte som en multidimensjonal opplevelse er fremdeles relevant, men de nevrofysiologiske mekanismene i portkontroll teorien viser seg å være for enkle i den nyere forskningen (Stubhaug og Ljoså 2008; Nordtvedt og Nordtvedt 2001).

International Association for Study of Pain (IASP) fra 1994 lanserte den smertedefinisjonen som er mest brukt i dag.

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som en slik skade» (Stubhaug og Ljoså 2008, 25; Tønnesen 1996, 33).

Definisjonen viser at smerteopplevelsen er sammensatt av sensoriske og emosjonelle komponenter, og at den fokuserer på at smerte er en subjektiv ubehagelig opplevelse. En annen definisjon på smerte blir ifølge Stubhaug og Ljoså presentert av McCaffery og Beebe.

«Smerte er det som personene sier det er, og den eksisterer når personene opplever smerte»

Definisjonen fokuserer i likhet med IASPs definisjon på den subjektive opplevelsen, men den sier ikke noe om de fysiologiske mekanismene (Stubhaug og Ljoså 2008, 25).

Å beskytte og å gi instruks om hensiktsmessig atferd er i følge Aambø (2007) smertesystemenes normale oppgaver (Aambø 2007).

En vevsskadelig stimulus er en nociseptiv stimulus ifølge Stubhaug og Ljoså (2008), og fører til aktivering av nociseptorer som er nerveceller. Aktivitet i nociseptive nervebaner er nocisepsjon. Smerteopplevelsen er sammensatt av sensoriske, kognitive og affektive aspekter (Stubhaug og Ljoså 2008).

En akutt smerte gir beskjed om en truende vevsskade, og kroppen blir dermed beskyttet mot skader via smertesansen. Det går da signaler til hjernen fra truet eller skadet vev, og vi får en ubehagelig smerteopplevelse. Disse signalene ledes til hjernen gjennom perifere nerver via ryggmargen. Smertebanene er et plastisk system. Det skjer fort endringer i signaloverføringen ved langvarige eller kraftige nociseptive stimuli eller skader i systemet. Nociseptorer er nerveceller som leder smertesignaler. (Stubhaug og Ljoså 2008; Tønnesen 1996). En viktig koblingsstasjon for smerteimpulser er ryggmargens bakhorn. Den perifere nociseptoren sender signaler til kjedens neste nervefiber som igjen sender signalet videre via hjernestammen og talamus til hjernen. En impuls kan bli forsterket eller hemmet av internevroner i ryggmargen (Stubhaug og Ljoså 2008).

De fleste oppadstigende nervefibrene krysser på ryggmargsnivå over til den spinotalamiske trakten på motsatt side. Samtidig som signal blir videresendt fra nevronene til talamus, blir kjerner i ryggmargen og hjernestammen aktivert. Dette påvirker reguleringen av kroppens egne smertehemmende mekanismer. Den flerdimensjonale definisjonen av smerte avspeiler de sentrale signalbanene. Mange ulike tilnærminger kan endre smerteopplevelsen (Stubhaug og Ljoså 2008).

Signaloverføringen av smerteimpulser i ryggmargen kan hemmes av nedadgående baner fra hjerne, hypothalamus og hjernestamme. Både signaler fra hjernen og innkommende smerteimpulser kan aktivere disse banene. Dette er forklaringen på hvorfor smerteopplevelsen blir redusert med placebo, hypnose og psykologiske teknikker. Kroppen bruker flere forskjellige signalmolekyler i smertebanene, som er kroppens egne morfinlignende stoffer, noradrenalin og serotonin. Dette er forklaringen på at opioider og trisykliske antidepressiva kan aktivere disse smertehemmende mekanismene (Stubhaug og Ljoså 2008).

Nyere forskning på immunsystemet viser ifølge Ekeland (2007) at det ikke er et ensidig lukket biologisk system, men at dette systemet blir påvirket av mentale prosesser og psykologiske stimuli. Ved en rekke fysiologiske og biokjemiske variabler har placeboeffekten vist seg målbar, og kan gi terapeutisk effekt ved mange forskjellige lidelser. Placebo er best dokumentert i forbindelse med smerte og medikamentell behandling av psykiske plager. En regner med at placeboeffekten av et smertestillende medikament er 56% av totaleffekten. Placeboeffekten kan vise stor variasjon mellom individ, og kan også variere ut i fra situasjonen til samme individ. Placebofenomenet er altså et allment og normalpsykologisk fenomen. En god lege som skaper gode relasjoner med tillit, håp og varme kan få bedre resultat med samme behandlingsmetode enn leger som ikke har disse kvalitetene. Smerteplacebo utløser endorfin som er et neuropepid i kroppen som gir smertelindring (Ekeland, 2007).

Akutt smerte er definert til å være helt kortvarig og kan vare opp til 3-6 måneder. Smerter som varer utover 3-6 måneder er å betrakte som kroniske eller langvarige smerter (Stubhaug og Ljoså 2008).

Fysiologiske forandringer skjer med stigende alder ifølge Torvik og Bjørø (2008), og kan ha betydning for smertekartlegging og medikamentell smertebehandling. Nervesystemets evne til å normalisere seg svekkes med stigende alder. Derfor har eldre lettere for å få kroniske smerter som følge av en akutt smerte. Fordi tilhelingen tar lengre tid ved sår og brudd, kan smerte vedvare lengre ved traumer som brudd og operasjon. På grunn av fysiologiske forandringer har eldre større risiko for bivirkninger av medikamentell behandling. Med økende alder reduseres lever- og nyrefunksjonen og kan medføre medikamentell overdosering. Dette har en sammenheng med økende kroppsfett og reduksjon av muskelmasse, og mindre plasmaproteiner. Eldre får ofte dårligere smertebehandling enn yngre. Derfor er det viktig å utarbeide en individuell behandlingsplan ved smertebehandling (Torvik og Bjørø 2008).

4.9 Smertekartlegging

For å undersøke om en pasient har smerter er kartlegging av smerter viktig ifølge Torvik, Skauge og Rustøen (2008). For å evaluere om behandlingen er god nok i forhold til de mål som er satt er smertekartlegging et viktig utgangspunkt. Hvordan smerten skal kartlegges avhenger av om det er akutte eller kroniske smerter. Ved akutt smerte er det vanligvis smerteintensiteten, type smerter og årsak som kartlegges, og ved kroniske smerter er man mest interessert i hvordan smerten påvirker menneske. Smerte er en subjektiv opplevelse som oppleves forskjellig fra menneske til menneske. Mange pasienter får ikke den hjelpen de skulle ha hatt på tross av at forskning dokumenterer høy forekomst av smerter og stadig bedre behandlinger utvikles.

Det finnes flere forskjellige kartleggingsverktøy for systematisk smertekartlegging som baserer seg på selvrappotering. Derfor er det viktig å bruke et kartleggingsverktøy som både helsepersonell og pasienten behersker. Med smerteintensitet menes hvor sterk smerteopplevelse pasienten har. Numeric rating scala (NRS), Visuell analogue scala (VAS), verbal rating scala (VRS) og ansiktskala er de mest brukte skalaene ved måling av smerteintensitet (Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

NRS-skalaen har en tallskive som går fra 0-10. Null er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Pasienten merker av på tallskiven hva som uttrykker hans smerteintensitet best. Forskning viser at denne skalaen også er fin å bruke til eldre med noe kognitiv svikt

(Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

VAS-skalaen blir betraktet som gullstandarden i kartleggingen av smerteintensitet. Den består av en linje på 10 cm med endepunkter som beskriver ingen smerte i en ende og verst tenkelige smerte i den andre enden. Pasienten skal krysse av på linjen hvor han mener smerten befinner seg. For å måle smerteintensiteten i tall måles antall millimeter fra nullpunktet opp til krysse på linjen. VAS-skalaen kan brukes til måling av både kronisk og akutt smerte. Den er spesielt fin å bruke ved uttesting av medikamenter (Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

Det første og viktigste tiltaket ved individuell smertebehandling er systematisk smertebehandling. Det er pasientens opplevelse som er utgangspunktet for sykepleierens handlinger. Dette fordi at smerten oppleves forskjellig. Når pasienten er i stand til selvrappotering av smerte er det viktig å kartlegge pasientens smerte med utprøvde hjelpemidler. Det anbefales at det brukes samme kartleggingsverktøy på alle avdelinger i et sykehus. Dette øker sjansen for at innføringen blir vellykket (Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

I og med at mange eldre har nedsatt hørsel og/eller syn må dette kartlegges først ifølge Torvik og Bjørø (2008), slik at hjelpemidler som briller og høreapparat er tilgjengelige. Selvrappotering av smerte, skal alltid prøves først. Ved valg av kartleggingsverktøy til eldre bør utgangspunktet være individuelt slik at pasienten kan mestre verktøyet. NRS-skala er det verktøyet som er enklest å bruke blant eldre og bør derfor være førstevalget. Likevel viser flere studier at det er mange eldre som ikke klarer å tallfeste smerten. Da kan verbal skala være et alternativ (Torvik og Bjørø 2008).

Det viser seg at eldre får dårligere smertebehandling enn yngre med samme smerteintensitet. Årsaken kan være hindringer i pasienten selv, eller helsepersonell. De eldre og helsepersonell kan ha oppfatninger om at smerte tilhører alderdommen. Dette kan oppfattes slik at det er lite som kan gjøres for å lindre smerten. Smerter i forbindelse med benbrudd og operasjon (traumer) kan vare lengre hos eldre enn yngre, fordi tilhelingen tar lengre tid (Torvik og Bjørø 2008).

5.0 Metode

Kvalitativ tilnærming ble valgt fordi hensikten med undersøkelsen var å få frem erfaringer eldre pasienter har av et behandlingsforløp ved operasjon av lårhalsbrudd, og videre å undersøke om disse erfaringene er sammenfallende med pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Når man skal ha tak i opplevelser av noe og erfaringer av noe er kvantitativ tilnærming ikke så godt egnet. Det handler om å få pasienter i tale, om deres subjektive erfaringer. Metoden som jeg har brukt er fokusgruppeintervju, dette fordi det er ønskelig å få fram pasientenes *felles* erfaringer, i motsetning til intervju med enkeltpersoner. Ifølge Malterud (2012) er fokusgrupper en relevant forskningsmetode når en vil undersøke fenomener ut i fra felles erfaringer. Diskusjonen i fokusgruppen kan fremme assosiasjoner ved at fortellinger skapes av gruppedynamikken (Malterud 2012). I følge Halkier (2010) er en gruppesamling med forskerstyrt emnefokus, en fokusgruppe (Halkier 2010).

For å belyse et helhetlig behandlingsforløp til eldre som er hofteoperert grunnet lårhalsbrudd, trengte jeg en enkel fokusgruppe. I følge Malterud (2012) er det mest vanlig at gruppen treffes kun en gang, men hvis forskningsspørsmålet skal belyse et tidsforløp kan flere samlinger med samme gruppe være aktuelt (Malterud 2012). I og med at det fra før finnes lite forskning på et helhetlig behandlingsforløp ved bruk av samme fokusgruppe med eldre pasienter som treffes flere ganger, måtte dette bli en eksplorerende eller utforskende studie, som kan gi innsyn til noe nytt i denne erfaringen.

Det nye innenfor denne undersøkelsen er at det er denne type pasienter som blir intervjuet flere ganger i samme fokusgruppe. Ifølge Malterud (2012) har de fleste fokusgruppestudier vært eksplorerende, hvor interessen har vært å åpne dører til nye rom for å se hvordan fenomenene relaterer seg til hverandre. Når formålet er å beskrive en erfaring som kan bidra til å se fenomenet i et annet lys, kan en enkel gruppe være nok. Uansett studiens design er poenget for kvalitative studier å identifisere mening med utgangspunkt i enkelttilfeller. Utvalget av informanter ble strategisk sammensatt. Det vil si utvalg av personer som ansees best mulig egnet for å kunne belyse problemstillingen. Malterud (2012) hevder Det du vil meddele ved avsluttet studie, er det som bestemmer utvalgets egnethet. Forskningsprosessen i kvalitative studier omarbeider virkeligheten fra samtaler og observasjoner til tekst (Malterud 2012).

I utgangspunktet er syke mennesker sårbare. Derfor kan det antas at eldre syke er mest sårbare innenfor gruppen. Dette er også i tråd med Liamputtong (2011). Det blir viktig at dette blir tatt med i vurderingen ved fokusgruppeintervju. Den tradisjonelle fokusgruppemetodikken må tilpasses eldre deltakere ved å se på gruppestørrelse, tidslengde og plassering (Liamputtong 2011).

5.1 Etiske vurderinger

Studien, opplevelse av behandlingsforløp hos eldre hofteopererte, ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen (2000), som gir etiske retningslinjer for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Det innbefattet blant annet muntlig og skriftlig samtykke og frivillighet. Studien ble søkt godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men ble avvist på grunn av at de anså studien som helsetjenesteforskning. Det ble deretter søkt NSD som vurderte prosjektet og tilrår at det gjennomføres (vedlegg nr. 4). Helseforskningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2008) og Personopplysningsloven (Justis- og beredskapsdepartementet 2000) regulerer også forskningen gjennom regler og forskrifter. Pasientene ble informert om at intervjuene vil bli tatt opp med digitalt utstyr, og opptaket blir oppbevart i låsbart skap i prosjektperioden. Intervjuene er anonymisert, og intervjuer har taushetsplikt. Tidspunkt og tidsrom mellom intervjuene ble bestemt av pasientene. Dette ble også avklart med avdelingsleder i denne avdelingen. Sitatene i kapittelet presentasjon av funn er skrevet på dialekt, men dette har ingen betydning for anonymiseringen.

5.2 Utvalg og utvalgsmetode

Inklusjonskriteriene for fokusgruppen var at pasientene skulle være eldre samtykkekompetente pasienter over 66 år som var operert for lårhalsbrudd. De skulle også fylle kriteriene for Fast-track hoftebrudd behandling, som er et typisk pasientforløp ved hoftebrudd før, under og etter operasjon. Som vist i tabell 1 besto utvalget av pasienter fra en Distriktsmedisinsk spesialistrehabiliteringsavdeling som er underlagt et sykehus i Midt-Norge.

Fokusgruppen besto av 4 pasienter fra denne spesialistrehabiliteringsavdelingen. Ifølge Malterud (2012) er grupper på fem til åtte deltakere å anbefale. Med en slik rekrutteringsstrategi kan en for eksempel ved frafall fylle opp gruppen på kort tid. En

gjennomgang av 20 studier fra nordamerikansk allmennmedisin viser at deltakerantallet i gruppene varierte på mellom fire til tolv (Malterud 2012). Informantene var både kvinner og menn jfr. Tabell 1. Det ble vurdert slik at kjønn var uvesentlig ut i fra problemstilling. Pasientene skulle være rehabilitert slik at de nesten var utskrivningsklare til hjemmet. Deltakerne som ble rekruttert til fokusgruppeintervju kom fra ulike deler av fylket, og de var derfor helt ukjent for hverandre og forskeren.

Det ble foretatt både muntlig og skriftlig henvendelse til Distriktsmedisinsk avdeling med forespørsel om å få gjennomføre fokusgruppeintervju av pasienter som er med i hofteprosjekt etter lårhalsbrudd ved et sykehus i Norge. Ledelsen for avdelingen var positiv til prosjektet mitt, og jeg var velkommen til å forske i avdelingen. Utvelgelsen av informanter ble utført av avdelingsleder og fagutvikler ved avdelingen. De ga informasjon om prosjektet, og samtidig distribuerte de informasjon og samtykkeerklæring til pasientene som oppfylte inklusjonskriteriene (Vedlegg nr.1 og 2). Ifølge Malterud er det informasjonssterke deltakere som best mulig kan bidra til å belyse problemstillingen, som blir prioritert ved et strategisk utvalg (Malterud 2012; Malterud 2003). Det ble også gitt informasjon om at studien var godkjent av NSD (vedlegg nr. 4).

Tabell 1. Karakteristika for deltakerne i fokusgruppen

Angående behandlingsforløp til eldre som er operert for lårhalsbrudd ble de samme deltakerne i gruppen intervjuet tre ganger mens de var i spesialistrehabiliteringsavdelingen.

<i>Fokusgruppe</i>	
Operert lårhalsbrudd og er på opptrening i en spesialistrehabiliteringsavdeling	1 kvinne 67 år 1 kvinne 82 år 1 mann 72 år 1 mann 78 år

5.3 Gjennomføring av intervjuene

Det ble avtalt med avdelingen at jeg skulle bli oppringt når de hadde 4 pasienter som samtykket til deltakelse i fokusgruppeintervjuene. Videre ble det også gjort avtale om at

intervjuene skulle koordineres på tidspunkt og sted som ikke kolliderte med pasientenes treningsprogram og hvile.

De tre intervjuene ble gjennomført i løpet av to dager. Det første intervjuet ble lagt til servering av kveldsmaten, og de to andre intervjuene ble lagt til lunsj og kveldsmaten dagen etterpå. Fokusintervjuene ble startet med at jeg ønsket velkommen, og moderator og observatør presenterte seg. Videre ble det orientert om intervjuprosessen, samt sjekket at alle pasientene hadde forstått informasjonen og at samtykkeerklæringene var underskrevet. Det ble også gitt beskjed om at det når som helst var mulig å trekke seg fra intervjuet. Deretter fulgte en presentasjonsrunde for deltakere/pasienter i fokusgruppeintervjuet.

Intervjuene foregikk på avdelingens spisestue hvor vi fikk sitte uforstyrret. Intervjuene ble lagt til måltidene lunsj og kveldsmat. Dette var med på å gjøre intervjuene mer uformelle og det skapte mer trygghet i gruppen.

Samme intervjuguide (vedlegg nr. 3) ble brukt ved alle tre intervjuene. Ved at behandlingsforløpet var delt inn i før, underveis og etter hofteoperasjonen fikk intervjuene tre forskjellige fokus. I de to første intervjuene var vi en moderator og en assistent. Dette fungerte greit, bortsett fra at assistenten ikke stilte så mange oppfølgingsspørsmål som ønskelig. I og med at det var jeg som var moderatoren stilte jeg spørsmål og la fram tema ut i fra intervjuguiden, og oppsummerte underveis. Intervjuprosessen foregikk slik at moderator leste opp et tema med spørsmål, samt at alle deltakerne fikk temaet skriftlig foran seg. Dette ble gjentatt når det skulle diskuteres rundt nytt tema.

I tredje fokusgruppeintervju vekslet vi på å være moderator og assistent. Dette for å være sikker på at vi ivaretok pasientene best mulig, samt at begge to hadde likeverdig ansvar for oppfølgingsspørsmål. I alle tre intervjuene fulgte moderator og observatør nøye med for å avdekke eventuelle tegn på om pasientene ble sliten eller utilpass på en eller annen måte. Ifølge Malterud (2012) ledes fokusgruppeintervju av en moderator. Dette skjer vanligvis i samarbeid med en observatør. Ofte er moderator prosjektleder og er den som styrer samtalen. Observatør tar for eksempel notater om stemning og samhandling i gruppen (Malterud 2012). Ifølge Liamputtong (2011) er det gunstig med to moderatorer som samarbeider i fokusgruppeintervju med eldre deltakere. Fokusgruppeintervjuer med eldre

deltakere som er gjennomført med forsiktighet gir tilgang til kunnskap som ellers ikke ville ha kommet fram i undersøkelsen (Liamputtong 2011).

Assistenten noterte seg gruppeprosessens verbale og nonverbale ytringer, samt var behjelpelig med oppsummering og tilleggsspørsmål. Observasjoner fra fokusgruppediskusjonen blir brukt som støtte for å fortolke informasjonen i diskusjonskapittelet. Altså en tilleggsinformasjon som utdyper det pasientene forteller. Stemningen var allerede god i det første intervjuet. I og med at det var de samme pasientene som ble intervjuet tre ganger observerte vi at stemningen stadig ble lettere og at latteren satt løst. Gruppen ble tryggere og tryggere for hvert intervju. Alle tre intervjuene ble avsluttet med en refleksjon over hvordan opplevelsen av deltakelsen i intervjuet hadde vært. Fra gruppeprosessens første til og med tredje fokusgruppeintervju kom det utsagn som:

«Nesten litt koselig»

«Koselig å bli kjent med fræmment»

«Det ble oss fire»

5.4 Analyse

Transkripsjon av det første intervjuet gjennomførte jeg i løpet av tre dager, mens det tok en måned for å transkribere de to neste intervjuene. I forbindelse med intervjuet noterte både assistenten og jeg en del observasjoner som kroppsspråk og stemningsleie, men det ble likevel en del kroppsspråk og stemningsleie som ikke blir fanget opp. Ved transkripsjon ble pasientene anonymisert.

I forbindelse med intervjuet startet jeg systematiseringen først med å analysere individuelle utsagn ved å legge disse under tema og problemstillinger fra intervjuguiden. Deretter grupperte jeg utsagnene i en matrise under hver enkelt pasient og problemstillingene fra intervjuguiden. I og med at jeg analyserte de individuelle utsagnene og ikke gruppens utsagn som helhet så jeg at gruppeprosessen forsvant. Det å få fram gruppeprosessen anså jeg var spesielt viktig fordi jeg intervjuet samme gruppe flere ganger. Jeg startet på nytt og merket av de meningsbærende enhetene fortløpende i teksten, og holdt dem opp mot problemstillingen. Det viste seg at de dekket flere av gruppemedlemmenes utsagn. Deretter ble de meningsbærende enhetene igjen fortettet til ny tekst og på nytt lagt under de

forskjellige spørsmålene i intervjuguiden. Ut i fra dette igjen ble det laget beskrivelser som også ble lagt under intervjuguidens spørsmål, samtidig som det underveis kom til noen nye temaer. Etter hvert som analysen gikk fram fikk temaene nye navn som speilet intervjuene, og som belyste problemstillingene. Ifølge Malterud (2012) kan en ved å velge individperspektiv på analysen miste kontekstforståelsen, samtidig som materialet kan bli begrenset (Malterud, 2012). I og med at jeg intervjuet samme gruppe tre ganger, og hadde tre forskjellige problemstillinger, ble intervjuene analysert og belyst ut i fra tre problemstillinger og tre forskjellige tidsløp, behandlingsforløpet før operasjon, per og postoperativ og ved spesialistrehabiliteringsavdelingen.

Grupperingens utsagn måtte av og til justeres da det hendte at informantene i enkelte intervju kom tilbake til tema som hadde mest betydning for problemstillingen som tilhørte et av de andre intervjuene.

6.0 Presentasjon av funn

Via analysen av intervjuene ble det identifisert tre hovedtemaer, og som det fremgår i Tabell 2 har hovedtemaene til sammen åtte undertemaer.

Tabell 2. Matrise som viser hovedtema og undertema

Hvordan opplever eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd hele behandlingsforløpet?

Hvordan opplever eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd behandlingsforløpet før operasjon?	Hvordan opplever eldre pasienter som er operert lårhalsbrudd behandlingsforløpet under og etter operasjon?	Hvordan opplever eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd behandlingsforløpet under rehabiliteringsavdelingen?
6.1 Fornøyd med smertebehandlingen gjennom hele	6.2 Variabel medvirkning i behandlingsprosessen	6.3 Informasjon er trygghetsskapende

behandlingsforløpet		
<i>Omsorgsfull og trygg behandling</i>	<i>Smertekartlegging uten verdi</i>	Variabel informasjon om postoperative konsekvenser
<i>Utfordrende og smertefull mobilisering</i>	<i>Personalet best kvalifisert til å ta avgjørelse</i>	Ingen innflytelse på valg av rehabilitering
.	<i>Ingen systematisk smerteevaluering</i>	
	<i>Nærhet til pårørende og venner</i>	

6.1 Fornøyd med smertebehandlingen gjennom hele behandlingsforløpet

Omsorgsfull og trygg behandling

Det kom fram i fokusgruppen at alle pasientene hadde pådratt seg hoftebruddet i hjemmet. De fleste av dem beskrev smertene som sterke og intense før ambulanspersonalet kom til stede. Samtlige av deltakerne fikk smertestillende av ambulanspersonalet, og de ga uttrykk for at de ble godt smertelindret. For den ene deltakeren tok det noe lengre tid å bli smertelindret på grunn av at det oppsto problemer med administrering av medisin intravenøst.

«Først kom jeg i ambulanse til sykehuset, og i den forbindelsa, da var jeg litt redd for å få for mye av det litt morfinaktige de ville gi meg. Jeg er veldig glad jeg fikk det likevel for da kjentes smerten ganske ulidelig. Syns ambulanse betjeningen skal ha ros for det»

«Det kom no først ambulanse da, og så dem ga meg nokka i arma. E hadd ikke no smerta vesentlig før det æ va liksom lamma i bruddet å der så æ vil ikke sei at æ kjent no mye, men da ambulanspersonellet kom så, så fikk æ no morfin, å e kan ikke si at e hadd no smerta i grunn før det vart no luftambulanse etter kvart da».

« Det va frøktelig te smerta. Æ kom mæ no oppå en stol da te ambulansen kom. Da mått dæm bær meg ut i bilen da, så det va frøktelig vondt, så æ fikk mye smertestillende da».

«æ hadd frøktelig vondt ja, og så hadd dæm litt trøbbel med å få inn venflon å sånn så det tok litt tid det dærre der».

I forbindelse med innleggelse i sykehus før operasjon sier alle pasientene at de var fornøyd med smertebehandlingen de fikk, men utgangspunktet for utsagnet var forskjellig. Pasientene legger ulike opplevelser i dette begrepet, men fellesnevneren er trygghet relatert til god informasjon om smertestillende medikamenter og at de er trygg på fagkompetansen til sykehuspersonalet. En av pasientene opplevde å ha smerte, men hun var likevel fornøyd med smertebehandlingen. Det at hun ikke var godt nok lindret relaterte hun til en liten nyresvikt, og var derfor trygg på at hun hadde fått så god smertelindring som mulig.

«Åsså er det jo slik at det er sykehuset som har fagkunnskapen om dette å jeg synes jeg har vært heldig. De har fortalt hvorfor de gir meg akkurat så mye smertestillende, og jeg er veldig glad for at de gjør det sånn, sånn at jeg vet at dette er tiltrengt akkurat i situasjonen jeg er i nå. Jeg er veldig glad for at jeg har kommet til et sted hvor de gjorde det på den måten. Jeg er altså veldig fornøyd med behandlingen».

«Nei æ overlata no egentlig den smertebehandlinga te personellet, så det æ sa ikke så mye til og fra om det, eller om æ ha noen smerter å således da».

«Ja, før operasjonen fikk jeg sikkert det jeg kun få, men i og med at jeg hadde en liten nyresvikt fikk jeg ikke full smertelindring av morfin, så jeg hadd ikke noe å sammenlikne med sånn sett, vondt var det».

Det kommer også frem at god pleie som leiring av foten er med på å forsterke denne opplevelsen av smertelindring. I forbindelse med gruppediskusjonen kommer det fram at to av pasientene hadde sterke smerter ved røntgenundersøkelsen.

«Kom på sykehuset og ble kjørt rett på røntgen, så skulle dæm prøv å ta bilda, og lægg en plate under, og det va, det va frøktelig vondt».

Pasientene i fokusgruppen fikk spinalbedøvelse i forbindelse med det kirurgiske inngrepet, og alle fortalte at de var godt smertelindret under operasjonen. Noen av pasientene sa likevel at de opplevde smerte ved syng i øverste del av operasjonsåret.

«Fikk no selvsagt den bedøvelsa jeg skull ha, og det var underlig. Kroppen va no helt bort da, så den kjent jeg ikke noe te».

«Etter vært gikk spinalbedøvelsen ut tror jeg, i hvert fall bitte lite grann for når mot slutten av operasjonen så fortalte de meg at nå var det bare syngen igjen, og da hadde jeg lenge merket at de drev og nappet i huden der, og sånn og jeg merket meg at, det merket jeg»

«Æ kjent vel litte grann når dem sauma liksom det som var lengst oppå hofta. Det e vel kanskje minst bedøvels».

De fleste ga utrykk for at de var våken i forbindelse med det kirurgiske inngrepet, og de hørte lyder som banking og hamring. De fortalte at det var lagt til rette for at de kunne få følge operasjonen via en skjerm. Pasientene reflekterte over dette tilbudet, og det kom fram i refleksjonen at ingen av dem hadde benyttet seg av anledningen til å følge med på skjermen. De sa at de ikke hadde behov for dette. En av pasientene ble tilbudt beroligende medikamenter underveis i operasjonen, men avslo dette da hun følte seg trygg og godt ivaretatt. Pasientene i fokusgruppen er enige om at de følte seg trygge på at de fikk den smertebehandlingen de skulle ha i forbindelse med operasjonen, og oppholdet ved overvåkningsavdelingen.

«Jeg va sånn kanskje nokka neddopa, men hørt hele tida ka dem holdt på med, men jeg lå ikke sånn at jeg så på skjermen hele tida. Det hadde ikke vært noe problem hvis jeg villa, men jeg brydd meg ikke så hardt om det da».

«Jeg hadd det veldig bra, hørt dem hamra og banka og skrua, men dem spurt om jeg ville ha beroligende, men jeg sa jeg tøkt jeg var rolig, og behøvde ikke».

«Jeg var også våken under operasjonen, jeg var det, og hørte mangt og meget fra det de drev med og sånn da, hørte hamring og slag og sånn, og hva det var om det var borr og sånn. Jeg merket ingen ting. Jeg hadde spinalbedøvelse jeg også. Heller ikke jeg tenkte på det at oppi der kunne jeg se på TV og følge med, nei det gjorde jeg ikke».

Utfordrende og smertefull mobilisering

Etter at pasientene ble overført til overvåkningen opplevde samtlige pasienter smerter og ubehag i større eller mindre grad, spesielt ved mobilisering, men de sa likevel at de var fornøyd med smertebehandlingen.

«Æ kjæm no på denne oppvåkninga æ å no med at dæm venta på at æ skull klar å løft knærne, men æ klart å vift med tærne, men å få opp kneet var vanskelig. Det ordnet seg etter vært».

Pasientene sa de fikk god smertebehandling, og de var enige om at smertebehandlingen var individuelt tilpasset. De hadde fått informasjon både på overvåkningen og på spesialistrehabiliteringsavdelingen om å trene inntil smertegrensen, og at de etter vært skulle utfordre tåleevnen ved smertegrensen. Det fremkommer i diskusjonen at noen hadde mer smerter enn andre når de trente med fysioterapeut. De fleste syntes det var vanskelig å bedømme smerten da den varierte. Noen trekker frem at smerten er forskjellig i ro og ved trening. Derfor kunne det enkelte ganger bli for mye smertestillende.

«Det som vart poengtert på sykehuset etter operasjonen var at det var ikke noe farlig og belast foten, men det skulle skje inntil smertegrensa da»

«Fysioterapeuten sa ikke på forhånd at det kom til å bli lidelig vondt, men det gjorde det jo og da tenkte jeg etterpå at det skulle han ha sagt, men så tenkte jeg igjen hvis han hadde sagt det hadde vi gått og gruet hele tiden ikke sant og motivasjon hadde blitt dårligere».

Pasientene fortalte at de var trygge på hvordan de ble ivaretatt i forbindelse med smertebehandlingen. Alle kom med individuelle eksempler som omhandlet omsorgsfulle handlinger.

«Det gjorde jo også fysioterapeuten, og en liten detalj ikke sant, jeg hadde vondt mot slutten av behandlingen, og to sekunder etter at jeg hadde kommet meg på rommet kom jammen sykepleier med en ispose. Det var det han som hadde sørget for. Det er sånne små detaljer du legger merke til. Det synes jeg har vært riktig. Jeg er veldig fornøyd med den måten».

6.2 Variabel medvirkning i behandlingsprosessen

Smertekartlegging uten verdi

Fokusgruppen diskuterte hva medvirkning i smertebehandlingen og behandlingsforløpet innebar for dem. Det viste seg at de hadde svært ulike opplevelser i forbindelse med begrepet medvirkning. Det fremkommer at noen pasienter i fokusgruppa hadde opplevd en form for medvirkning ved bruk av smerteskala fra 1-10, men bare en av dem forsto bruken av skalaen. Denne kunnskapen og erfaringen hadde han fra et tidligere sykehusopphold.

«Ja jeg fikk spørsmål med sann fra 1-10. Jeg hadde for fem år siden et hjerteinfarkt så jeg tok utgangspunkt i det, og ga dem da det denne smerten var verdt, så det»

«Jo dem spurt mæ om det, om smerte fra 0-10, så jeg forsto det ikke aldeles, men jeg sa no at æ hadde 6 æ da. Æ fekk veldig my smertestillende da».

Disse to pasientene opplevde også å bli forespurt om de hadde smerter underveis i behandlingsforløpet før operasjon.

Personalet best kvalifisert til å ta avgjørelse

Det kom videre frem i diskusjonen at det var kun en pasient som fikk valget mellom forskjellige kirurgiske behandlingsmetoder. Denne pasienten opplevde dette spørsmålet og medvirkningen som belastende da hun selv mente hun ikke hadde noen forutsetning for å kunne ta dette valget.

«Det var opp til mæ å ta bestemmelsen, ja, om operasjonen skulle gjøres sånn eller sånn. Æ hadd da ikke noe peiling på det. Nei så sa æ at det må dokker, det må dokker bestem. Æ har ikke forutsetninger te å bestem hva slags type operasjon æ vil ha».

I forbindelse med gruppediskusjonen kom det også fram at noen av pasientene syntes det var greit å ikke ta stilling til noe som helst, og var trygge på at personalet i avdelingen tok de avgjørelsene som måtte til både i smertebehandling og ellers i behandlingsforløpet. Når det gjaldt medvirkning til operasjonen var det ingen pasienter som følte noe behov for å delta i valg av behandlingsmetoder. Det kom frem i gruppediskusjonen at det var kun en pasient som hadde fått dette valget, og hun syntes det var belastende å bli forespurt om dette. Pasientene reflekterte en del rundt dette temaet, og de ble enige om at det var best at slike avgjørelser ble lagt til ekspertene, og at pasientene måtte slippe å bli forelagt slike valg.

«Ja æ la ansvaret over på legen, det gjor æ no. Det e dæm som e eksperta og ikke æ».

«Nei det var no selvsagt klart for meg at operasjon mått det no vorrå det, kolles det skull skje og alt sånt, det må æ sei at æ tenkt ikke no på. Det overlate æ te dem som nærsagt forstår seg på akkurat detta der greia der, men dæm va veldig flenk. E tru i grunn det va ikke noe spørsmål om nå om måte ovenfor me nei. For det va vel helt naturlig at det va ikke noe æ kun lægg mæ no borti nærsagt»

«En forsto no ikke riktig alt heller da. Det va no ei som for i rundt med no prosjekt der å, men æ lætt over te fastlegen min æ da. Det godtok hu no».

En av pasientene fortalte at han var veldig redd før operasjonen, og at han hadde frykten med seg fra et tidligere sykehusopphold.

Samtlige pasienter i fokusgruppen sier at de er fornøyd med behandlingen. De er glad for at de bor i Norge, og pasientene sa at de stolt helt på helsevesenet.

Ingen systematisk smerteevaluering

For å vurdere den faste smertebehandlingen, spinalbedøvelsen per/post operasjon fortalte pasientene at de ble forespurt av sykepleierne med jevne mellomrom om de hadde smerte. Videre fortalte de at dette også ble vurdert ved tilsyn og undersøkelser. Alle pasientene opplevde dette som trygghet og omsorgsfull hjelp. De fleste oppfattet dette som en form for medvirkning til smertebehandlingen, men ikke alle oppfattet dette slik.

«Jeg fikk faktisk spørsmål på overvåkingen om jeg nå kanskje syntes at bedøvelsen holdt på å gi seg, og om jeg ville ha smertestillende. Jeg sa da i fra at jeg er litt redd for slike medikamenter. Da sa hun det at det er klart at det er greit å ha det sånn i en vanlig situasjon, men dette er ikke noen vanlig situasjon. Nå har vi et tilbud, og da skjønnte jeg at jeg i hvert fall burde ta den ene tabletten. Hun passet hele tiden på å undersøke hvorledes jeg hadde det»

«Jeg kan heller ikke huske at jeg fikk en vurdering nei»

Noen av pasientene fortalte at det ble brukt smertekartlegging som NRS (smerteskala fra 1-10), men de forsto ikke helt bruken av den. De syntes det var vanskelig å tallfeste smerten, samtidig var det enkelte i fokusgruppen som ikke fattet at dette var en måte å medvirke til smertebehandlingen.

«Ja det var vanskelig å svare på disse smertan før det varierte sånn opp og ned. Så det kun bli litte granne løgn attåt».

De andre pasientene i gruppen kan ikke huske at de ble forespurt om smerter etter smerteskala. De er usikre på om denne formen for medvirkning først kom da de ble innlagt ved spesialistrehabiliteringsavdelingen.

Det kom frem i gruppediskusjonen at evaluering av eventuellforordning av smertestillende ved overvåkningens avdeling var nokså tilfeldig. De fleste pasientene opplevde ingen direkte evaluering av ekstra gitt smertestillende.

«Nei det, e usikker på det, kan liksom ikke komme i hug at det va no sånn spesiell evaluering på det nei. Kan ikke komme i hug det nei».

«Æ skjønne ka du mene, men kan ikke huske at de spurt om det».

Ved spesialistrehabiliteringsavdelingen hadde pasientene i fokusgruppen fått beskjed om å si i fra hvis de hadde smerter, og om smertene ble forverret ved aktivitet. Noen syntes dette var vanskelig å bedømme selv.

«Hvis du kjenner at smertene blir voldsomt mye verre, så skal du si fra, så får du det vi mener vi kan gi deg. Det har aldri vært no særlig tvil hos de om at jeg nok kjenner det, men det er litt vanskelig dette her, samtidig som jeg er helt i ro og ikke har smerter ikke sant, så har jeg ganske voldsomt når jeg går».

Ut i fra gruppediskusjonen kommer det fram at enkelte av pasientene medvirket til behandlingen ved bruk av smerteskala fra 1-10, men ingen opplevde systematisk smertekartlegging.

Pasientene diskuterte videre om smertene ble evaluert etter at de hadde fått eventuell forordning av smertestillende medikamenter, og de kom fram til at ingen av dem opplevde evaluering av smertebehandlingen.

«Æ tru for min del har det ikke vært noen evaluering egentlig nei. Æ veit ikke om det har vært så veldig behov for det».

Ingen av pasientene medvirket til smertebehandlingen ved at de ble spurt om smertens karakter, om den var stikkende, murrende, verkende. De ble ikke etterspurt om de hadde kroniske smerter.

«Det har de ikke gjort. De har bare spurt om smerten er tålelig. Derimot gjorde de det da jeg var innlagt for 5 år siden grunnet hjerteinfarkt. Da spurte de tydelig om jeg hadde smerter som strålte, for å få hjelp til en diagnose. Da måtte jeg liksom vise å peke hvor det var»

Flere syntes at det var vanskelig å medvirke da de ikke visste tålegrensen for smerten, men de fortalte at når de uttrykte smerter fikk de smertestillende medikamenter, eller at smerten ble behandlet med ispose. Alle pasientene hadde fått beskjed om å bruke smerteterskelen som medvirkning i forbindelse med fysioterapi og egentrening.

«Ja ikke sant, bare viljen til å tåle den smerten som begrenser deg egentlig, og det må man tro fysioterapeuten på, syns jeg.

«Det er akkurat det samme, så det e bare å pusje seg selv så langt du greie, og når en gjør det så får en så besett sliten og verking etterpå».

Nærhet til pårørende og venner

Ingen hadde opplevd medvirkning ved valg av spesialistrehabiliteringsavdeling de skulle til. De valgene de fikk var ikke likeverdige, da hjemmetjenesten var det andre alternativet.

«Det va hjemmetjenesten da også».

«Æ fekk ikke det en gang æ».

I forbindelse med diskusjonen om smertebehandling postoperativt ble temaet nærhet til pårørende, og nære venner trukket fram. I det videre behandlingsforløpet ble dette temaet trukket fram som vanskelig og sårt for de fleste pasientene.

«Så fikk æ beskjed om at æ måtte ta behandling etterpå da. Æ hadde ønska mæ te rehabiliteringsavdeling på hjemplassen, men der et det vel ikke no meir nei,

kanskje det var hjertepasienter der. Det ble anbefalt spesialistrehabilitering i distriktet da. Dæm brukte å sende pasienter dit fra sykehuset. Så ringt æ heim te mannen min att. Nei distriktet går det ikke an at du tar nei. For det blir så langt unna».

«Jeg har de den samme følelsen når det gjelder kona mi, hun bor jo i byen, og jeg sa det til henne at godtar du at jeg drar til distriktet. Da sa hun, det er klart, dette må du kunne, og så sa hun at det blir ikke noe besøk å få»

Flere av pasientene ga uttrykk for at vurderingen om å reise langt hjemmefra ved valg av rehabiliteringsavdeling ikke bare var ut i fra deres situasjon, men fra en samhandling med familie og venner, samt det sosiale aspektet det å få besøk av nettverket sitt, familie og venner.

«Nei, til distriktet mått æ no ikke i værtfall sa mannen min da æ ringt første gangen. Nei da tenkt æ no at det va greit det da, men det vart ikke lenge til at han ringt opp att, du må bare ta plassen i distriktet sa han»

Da de først hadde kommet til spesialistrehabiliterings avdeling i distriktet sa alle pasientene seg enige om at de ikke hadde kunne fått det bedre en annen plass. Pasientene diskuterte temaet langt unna pårørende og sosialt nettverk, og de fleste opplevde at det ikke var så sårt lenger at pårørende var så langt unna, men noen syntes fremdeles at det var litt vanskelig.

«No har æ fått beskjed frå familien min at no må jeg tenke på meg sjøl og trene og kom meg te att, for du har streva nok for oss si dæm, så nå må du tenk på deg sjøl. Så no bli det bare å bruke smerteterskelen å prøve»

6.3 Informasjon er trygghetsskapende

Den fortløpende informasjon pasientene fikk av behandlingsforløpet før operasjon var forskjellig. De fleste fikk informasjon om at de skulle på røntgen, og hva røntgenbildene viste, mens en av pasientene hverken fikk informasjon om dette forløpet, eller om hvor

lang ventetid det var før han skulle bli operert. Denne hendelsen påpekte han flere ganger i intervjuet. I diskusjonen fortalte en av pasientene at hun fikk informasjon, men hun forsto den ikke på grunn av utydelig tale, og opplevde dette som vanskelig. Når det gjaldt informasjon om den forestående operasjonen hadde de fleste fått beskjed om hvor lang ventetid det var til operasjonen, og individuell informasjon om hvordan bruddet så ut og hvor komplisert bruddet var, samt om hva som var planlagt å utføre under operasjonen.

«æ vart no informert om at æ skull på røntgen da sånn forholdsvis kort tid etter at æ kom inn på inntaket da».

«Jeg ble informert ganske godt om det med unntak av den lille blunderen til sykepleieren som ikke hadde husket å fortelle at jeg skulle opereres, og at dette var nødvendig på grunn av lårhalsbruddet».

«Dem sa at æ bli operert da, og skifte ut hele hofta, og at dem skulle gjøre dette innen en viss mange tima»

I fokusgruppediskusjonen viste det seg at bare en av pasientene hadde fått hilse på kirurg, anestesilege og fysioterapeut. Han ble informert om hvor i behandlingsforløpet de kom inn og hva som skulle skje underveis. Pasientene i fokusgruppen hadde fått informasjon om at de hadde lårhalsbrudd og at dette krevde operasjon. De fleste hadde mottatt skriftlig informasjon om behandlingsforløpet rett før operasjonen. Det fremkommer i diskusjonen at denne informasjonen også inneholdt samtykkeerklæring som ble signert uten at den var lest før operasjonen. Enkelte av pasientene signerte samtykkeerklæringen etter operasjonen. Ingen av pasientene leste informasjonen før operasjonen og ingen kan huske at noen gjennomgikk den muntlig med dem.

«Her er det er noe som du får lese å sånn, men jeg fikk det før operasjon, men jeg hadde ikke anledning til å lese det før etterpå, det gikk jo så fort så det. Samtidig fikk jeg et par skjemaer. Et vurderingsskjema fra sykehuset og en sånn samtykkeerklæring som skulle undertegnes da, og undertegnet da, og fylte ut dette skjemaet»

I forbindelse med diskusjonen kom det fram at noen av pasientene rett før operasjonen ble forespurt om de ville være med i et prosjekt, men de vet ikke om de ble med i prosjektet. Det fremkommer i fokusgruppediskusjonen at alle pasientene fikk informasjon rett etter operasjonen om at den opererte foten kunne belastes inntil smertegrensen. De fikk også samme informasjon av fysioterapeuten ved spesialistrehabiliteringsavdelingen. Samtlige pasienter ble informert av fysioterapeuten om at smertegrensen hele tiden skulle strekkes ut. Pasientene ble innstilt på at dette skulle de greie. De opplevde trygghet i informasjonen. Noen hadde strukket smerteterskelen for langt slik at smerten i hofta forverret seg i en periode.

«Det som vart poengtert på sykehuset etter operasjonen var at det var ikke noe farlig å belast foten».

«Ja det gjør det at du blir innstilt på at dette skal jeg jo klare og hugger til, men hvis han hadde sagt det at riktig nok kan det være farlig hvis du gjør så og så mye, da er det klart du blir litt redd og usikker og sier til deg selv at nå får det være nok».

Variabel informasjon om postoperative konsekvenser

Det fremkommer i fokusgruppeintervjuet at ingen av pasientene før operasjonen var blitt informert om risikoen for å utvikle kronisk smerte, og at det heller ikke generelt var blitt snakket om kroniske langvarige smerter. I forbindelse med diskusjon over dette temaet kommer det frem at en av pasientene hadde blitt informert om at smerter krever smertebehandling, men ikke betydningen av dette, mens en annen pasient ikke helt hadde forstått hva kroniske smerter innebar.

«Det har hverken vært snakk om kroniske eller løpende smerter. Det eneste de nevnte var at smerter krever smertebehandling».

«Nei så vidt æ kan minnas så ha det ikke vorre noe snakk om det i mitt tilfelle om eventuelle kroniske smerter nei. Det e mulig dem ha en viss oversikt over helsa mi på forhånd kanskje, det vil jeg kanskje tru»

I gruppediskusjonen fortalte en pasient at han var redd for å ta for mye smertestillende, men sykepleieren på overvåkningen informerte han om at det var viktig å ta imot smertestillende i en slik situasjon. Ingen av pasientene hadde fått informasjon om risiko for kroniske smerter eller generelt kroniske smerter.

«Æ kan ikke komme i hug at det va noe snakk om akkurat det med kroniske smerter i etterkant nei».

Ingen av pasientene hadde ved oppholdet i spesialistrehabiliteringsavdelingen fått informasjon om risiko for kroniske smerter. De ble heller ikke forespurt om smertens karakter, om den var murrende, skjærende osv.

«Da jeg hadde hjerteinfarkt ble det spurt om smertene stråler det ut fra sentrum å slike ting. Denne type spørsmål fikk jeg ikke nå»

Ingen innflytelse på valg av rehabiliteringsopphold

Alle pasientene bekreftet at de hadde fått informasjon om spesialistrehabiliteringsavdelingen i distriktet. Fokusgruppen diskuterte innholdet i informasjonen og de fleste kom frem til at de var informert om at kvaliteten på rehabiliteringen var like bra som på sykehuset, samtidig var gruppen enig om at de ikke fikk informasjon om noen andre likeverdige rehabiliteringsmuligheter.

Det fremkommer i fokusgruppediskusjonen at alle pasientene fikk informasjon rett etter operasjonen om at den opererte foten kunne belastes inntil smertegrensen. De fikk også samme informasjon av fysioterapeuten ved spesialistrehabiliteringsavdelingen. Samtlige pasienter ble informert av fysioterapeuten om at smertegrensen hele tiden skulle strekkes ut. Pasientene ble innstilt på at dette skulle de greie. De opplevde trygghet i informasjonen. Noen hadde strukket smerteterskelen for langt slik at smerten i hofta forverret seg i en periode.

«Ja det gjør det at du blir innstilt på at dette skal jeg jo klare og hugger til, men hvis han hadde sagt det at riktig nok kan det være farlig hvis du gjør så og så mye, da er det klart du blir litt redd og usikker og sier til deg selv at nå får det være nok».

Pasientene var enig om at de ikke hadde fått direkte beskjed om at de skulle være helt smertefri både før og etter operasjonen. Ingen hadde fått tilstrekkelig informasjon om spesialistrehabiliteringsavdelingen i distriktet. De fikk vite at sykehuset disponerte plasser ved denne avdelingen og at den avdelingen var godkjent som rehabiliteringsavdeling. Alle pasientene bekreftet at de hadde fått en brosjyre ved ankomst til avdelingen.

«Det va ikke noe mye informasjon. Bare det at her fikk vi den behandlinga vi trengte»

De fleste hadde forventninger før operasjonen om at behandlingsforløpet skulle gå bra. Enkelte hadde ingen forventninger til behandlingsforløpet fordi alt skjedde så fort.

Det kan se ut som om fokusgruppens erfaring med smertebehandling, medvirkning og informasjon endret seg gjennom prosessen. Dette ut i fra hvor de var i behandlingsforløpet. Ved første intervju som dreide seg om den preoperative behandlingen, opplevde hele gruppen at de var fornøyd med smertebehandlingen. Dette til tross for at ikke alle var helt smertelindret. I denne fasen hadde ingen i fokusgruppen behov for direkte medvirkning og informasjon. Informantene la hele avgjørelsen om smertebehandling og videre behandlingsforløp i hendene til behandlingsapparatet og var trygge på at personalet i avdelingen tok de avgjørelsene som måtte til både i smertebehandlingen og videre i behandlingsforløpet.

Det samme gjenspeiler seg også i den per/postoperative fasen, med noen unntak i den postoperative fasen. Informantene i gruppen hadde opplevelsen av å være smertefri og trygg peroperativt, og denne erfaringen var bygget på en tillit og trygghet om at helsepersonell er ekspertene på behandlingen. I den postoperative fasen sier fortsatt informantene at de er fornøyd med smertebehandlingen, og samtlige av dem hadde fått informasjon om mobilisering inntil smertegrensen. Likevel erfarte informantene i gruppen smerter eller ubehag ved mobiliseringen. De opplevde ingen systematisk evaluering på gitt eventuellmedisin. Informantene i gruppen hadde ingen medvirkning til valg av rehabiliteringsopphold og opplevde det vanskelig at de ikke hadde pårørende i umiddelbar nærhet. Dessuten kan det se ut som at informantene hadde fått skriftlig informasjon preoperativt om behandlingsforløpet, men at de først leste informasjonen og underskrev samtykkeerklæring etter at de hadde kommet på avdelingen etter operasjonen.

I spesialistrehabiliteringsavdelingen kan det se ut som at fokusgruppen også her er fornøyd med smertebehandlingen og behandlingsforløpet, og knytter dette opp mot trygg og omsorgsfull behandling, men pasientene i fokusgruppen synes det er vanskelig å bedømme hvor tålegrensen for smerte går ved trening til fysioterapeut. Ingen av informantene i gruppen opplevde medvirkning ved systematisk kartlegging eller evaluering av gitt smertestillende medikamenter. De sier at det enten ble for mye smertestillende eller for lite smertestillende medikamenter. Informantene i fokusgruppen opplevde ikke på dette tidspunktet avstanden til pårørende så problematisk som tidligere i behandlingsforløpet. Ingen av informantene hadde fått tilstrekkelig informasjon fra sykehuset om spesialistrehabiliteringen, men alle hadde fått en brosjyre ved ankomst til denne avdelingen.

Pasientene i fokusgruppen ble ikke informert om risikoen for kroniske smerter hverken i pre/per/postoperativeavdeling eller i spesialistrehabiliteringsavdelingen. Resultatene kan tyde på at preoperativ informasjon var gitt skriftlig, men informasjonen var ikke kommunisert på en slik måte at den var forståelig for pasientene. Videre kan det se ut som at trygg og omsorgsfull behandling, samt tillit til fagpersonellet var viktige faktorer for opplevelsen av det å være fornøyd med smertebehandling og behandlingsforløpet. Dette til tross for at flere opplevde smerter både i pre/postoperativavdeling og i spesialistrehabiliteringen. I og med at ingen i fokusgruppen opplevde å medvirke til systematisk smertekartlegging og evaluering av smertebehandling, kan dette tyde på mangelfull informasjon eller tilfeldige rutiner i behandlingsforløpet.

Direkte sitat er skrevet på dialekt. Jeg har vurdert å skrive dem på bokmål, men det er talespråket som er pasientens egne ord.

7.0 Diskusjon

Diskusjonen er organisert ut i fra de samme temaene som ble presentert i kapittelet om funn. Den siste delen i diskusjonen er metodedrøftingen som belyser metodevalg med styrker og svakheter i studien.

7.1 Fornøyd med smertebehandlingen gjennom hele behandlingsforløpet

Det kom fram i fokusgruppa at alle pasientene hadde pådratt seg hoftebruddet i hjemmet. De fleste pasientene beskrev smertene som fryktelig sterke og ulidelige før ambulansepersonalet kom til stede. Det observeres i gruppediskusjonen at det var en sjokkopplevelse for pasientene da hoftebruddet var et faktum. I måten de uttrykte seg på beskrev de både angsten for den intense smerten, og sorgen over tapt funksjon. For å redusere skadeomfanget blir kroppen beskyttet mot skader via smertesansen. Den virker slik at hvis du for eksempel beveger foten som er skadet vil det bli ytterligere smerter. En akutt smerte gir beskjed om truende vevsskade. Disse signalene ledes til hjernen gjennom perifere nerver via ryggmargen. Smertebanene er et plastisk system. Det skjer fort endringer i signaloverføringen ved langvarige eller kraftige nociseptive stimuli, eller skader i systemet (Stubhaug og Ljoså 2008; Tønnesen 1996). Dette understøttes også i pasientenes erfaringer gjennom både beskrivelser og observasjoner om hvordan deres opplevelser var av den akutte smerten. Imidlertid påpekte alle pasientene at de fikk morfin av ambulansepersonalet og de ble godt smertelindret.

Pasientene diskuterte smertebehandlingen og de ble enige om at de var fornøyd med smertebehandlingen de fikk ved innleggelse i sykehus før operasjon. Likevel fremkommer det i diskusjonen at ingen av dem var godt nok smertelindret. Deriblant var det en av pasientene som relaterte det at hun ikke var godt nok lindret til en liten nyresvikt. Ved traumer og inflammasjon foreligger det redusert plastisitet og forlenget dysfunksjon av nervesystemet hos eldre, som igjen fører til at smertene kan bli kroniske (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008; Torvik og Bjørø 2008). Imidlertid viste diskusjonen at alle pasientene hadde fått spinalbedøvelse i forbindelse med det kirurgiske inngrepet, og de fortalte at de var helt smertelindret gjennom hele operasjonen. For å begrense utviklingen av kroniske smerter mest mulig er det viktig med god smertelindring gjennom det kirurgiske inngrepet, og spesielt i den postoperative fasen (Berntzen et al. 2010).

Når det gjelder det postoperative forløpet ga samtlige pasienter uttrykk for å ha smerter i større eller mindre grad, og spesielt ved mobilisering. Dette presiserte de også etter å ha kommet til spesialistrehabiliteringsavdelingen. Pasientene diskuterte smertebehandlingen ved denne avdelingen og var enige om at de fikk god smertebehandling, og at den var individuelt tilpasset. Dessuten påpekte pasientene at det var vanskelig å bedømme smerten da den varierte. Fysiologiske forandringer, og nervesystemets evne til å normalisere seg

svekket med stigende alder. Dette kan igjen ha betydning for smertekartlegging og medikamentell smertebehandling (Torvik og Bjørø 2008). Dessuten trekker noen av pasientene frem at smerten var forskjellig i ro og ved trening. Det fremkommer i diskusjonen at noen hadde mer smerter enn andre når de trente med fysioterapeut. På tross av dette er de likevel fornøyd med den smertebehandlingen de fikk.

Gruppediskusjonen viser at pasientene i fokusgruppen ble godt smertelindret i møte med ambulanspersonalet og under operasjonen, men både før og etter operasjonen de hadde mer eller mindre smerter. Dessuten underbygger diskusjonen at eldre er en sårbar gruppe relatert til endret smertefysiologi ved økende alder, og at de derfor har en større sjanse enn yngre til å utvikle kronisk smerte. Sett ut i fra et systemperspektiv ville den generelle smertefysiologien ligge til grunn, og med et slikt utgangspunkt ville det føre til en større risiko for utvikling av kroniske smertelidelser til eldre.

Omsorgsfull og trygg behandling

Som vist tidligere fikk samtlige pasienter smertestillende av ambulanspersonalet, og de ga uttrykk for at de ble godt smertelindret. Enkelte av pasientene var engstelig for å få for mye morfin, men det fremkommer i diskusjonen at ambulanspersonalet trygget situasjonen med sin «rolige og fine væremåte». Det ble observert tydelig ubehag i intervjukonteksten når pasientene fortalte om ventetiden før ambulanspersonellet kom dem til unnsetning. Derimot når ambulanspersonalet kom til stedet, opplevde samtlige av pasientene en trygghet og tillit til helsevesenet. De ga seg på en måte over i deres varetekt. Det er rimelig å anta at de oppfattet at de egentlig ikke hadde noen valgmulighet, og derfor var det best å stole på at en var i de beste hender. Dette underbygges av Grimen (2001); pasienten må ta det han får, han har ingen frihet til å avslutte forbindelsen. Ved tillit til en annen person har man forventninger om at handlingsrommet som blir åpnet, blir brukt i samsvar med viljen, ønskene og interessene hans. Tillitsgiveren har definerte forventninger, tillit har derfor en retning. Tillitsgiveren forventer at viljen er god, og er sårbar overfor andre sin mulige vonde vilje (Grimen 2001).

Når det gjaldt smertebehandlingen, påpekte pasientene i gruppediskusjonen både den medikamentelle behandlingen, og tilliten til fagkompetansen som viktige faktorer i det å være fornøyd med behandlingen. Ut i fra beskrivelsen fra møte med ambulanspersonalet

går det fram at pasientene erfarte individuell smertebehandling og at den enkelte pasient opplevde seg sett og i varetatt. Det å ha et menneske og menneskelighet er vanligvis bedre medisin enn tabletter, fremholder Skirbekk (2012). Det blir lett umenneskelig hvis helsevesenet ikke tar individuelle hensyn til pasientene (Skirbekk, 2012, 248). Det fremkommer i diskusjonen at alle pasientene hadde fått morfin som smertestillende. Slik sett er det naturlig å anta at grunnlaget for ambulanspersonalets handlemåte var standardiserte prosedyrer, men behandlingen ble individuelt rettet i samsvar med fysiologiske observasjoner, pasientenes fortelling om hendelsesforløp, og deres aktuelle helsetilstand.

Pasientene er enige om at de er fornøyd med den preoperative smertebehandlingen. Derimot legger pasientene ulike erfaringer til grunnlag for dette. Pasientenes utsagn om at de er tilfreds med smertebehandlingen bygger på de forskjellige pasientfortellingene som kom fram i fokusgruppediskusjonen. I forbindelse med den preoperative smertebehandlingen ble det i fokusgruppediskusjonen observert at pasientene viste en sårbarhet i måten de presenterte sine erfaringer på. En pasient fortalte at hun hadde smerter, men relaterte det til at hun ikke var godt nok lindret til en liten nyresvikt. Dessuten kom sårbarheten fram ved at pasientene overlot fullstendig smertebehandlingen til helsepersonell, og de gikk derfor ut i fra at de hadde fått så god smertebehandling som overhodet mulig. Dette stemmer overens med Skirbekk (2012), som sier at pasienter er sårbar i forhold til legens kompetanse og vilje.

I møte med legen eller annet helsepersonell kan håpet om lindring ifølge Skirbekk være koblet til både avmakt og frykt for å bli såret gjennom feilbehandling og ydmykelser. Dette kan forstås slik at pasienter er sårbare i forhold til helsepersonells kompetanse og vilje. Sårbarhet er et grunnleggende trekk ved det å være pasient. En pasient ønsker å bli tatt på alvor på en menneskelig måte (Skirbekk 2012). Derimot var det ingen av pasientene som kom inn på redselen for å bli feilbehandlet, da de stolte fullt og helt på helsevesenet og helsepersonellet. Man kan undre seg på om dette var reelt, og om pasientene virkelig var så fornøyd som de ga uttrykk for.

Fokusgruppediskusjonen viste at pasientene anså det som normalt å ha smerter etter et lårhalsbrudd, og var trygg på at dette var naturlig. Likevel fremkom det i diskusjonen at noen av pasientene hadde fryktelige smerter i forbindelse med røntgenundersøkelsen. Det

kan derfor stilles spørsmål om hvor godt smertelindret de egentlig var. Pasientene påpekte spesielt at de var fornøyd med den gode informasjonen de fikk om smertestillende medikamenter. Dette på tross av at det norske helsevesenet scorer dårligst på pasientinformasjon ifølge Commonwealth Found-undersøkelsen fra 2010, som sammenliknet befolkningens forventninger til helsevesenet i 11 land (Skirbekk, 2012).

Når det gjelder forutsetningene for god smertebehandling, ble trygg og omsorgsfull behandling av helsepersonell med god fagkompetanse påpekt som viktige elementer av pasientene. Dette understøttes også av Ekeland (2007); en god lege som skaper gode relasjoner av tillit, varme og håp kan oppnå bedre resultat med samme behandlingsmetode enn leger som ikke har disse kvalitetene.

Under anestesi er en pasient underlagt helsepersonell. Ved en operasjon kan mye svikte og få store følger, som feilmedisinering, sykehusinfeksjoner og feilbehandling. Det er likevel tatt for gitt at personalet vet hva de gjør, og at teknologien virker. For å utøve yrket er leger og sykepleiere avhengig av andres tillit (Grimen 2009).

Når det gjaldt gruppediskusjonen angående den peroperative smertelindringen sier alle pasientene at de var helt smertelindret, og samtlige hadde fått spinalbedøvelse i forbindelse med det kirurgiske inngrepet. Det ble observert i intervjusituasjonen at alle pasientene ga seg helt over, og de viste både verbalt og nonverbalt at de hadde tillit og følte seg trygge på helsepersonellet og helsevesenet. Menneskets følelse av at andres pålitelighet, kompetanse og godhet er til å stole på er tillit. Dette kan forstås slik at en overfører makt til en annen person som kan handle til mitt beste, på mine vegne. Tillit til venn, din lege er personlig tillit (Fugelli 2001). En kan undre seg på hvordan informantene hadde reagert hvis ordet makt hadde blitt brukt i intervjusituasjonene.

Den grunnleggende tilliten til helsevesenet er høy på tross av mediers noe negative fremstilling av helsevesenet (Skirbekk 2012). I gruppediskusjonen fremkommer det ikke at noen hadde vært redde for komplikasjoner ved det kirurgiske inngrepet. De fleste pasientene poengterte at de var våken under operasjonen, og de hørte hamring og bankelyder, men de opplevde ikke dette som ubehagelig, eller noe som kunne føre til angst. Dessuten fikk pasientene tilbud om å se operasjonen på skjerm, og det fremkom i refleksjonen at ingen av pasientene hadde behov for å følge operasjonen slik. Det kan

stilles spørsmål om de torde å se på skjermen. I måten de fortalte dette på ble det observert at det kunne se ut som at de reserverte seg fra dette tilbudet for å beskytte seg selv. Imidlertid fikk enkelte pasienter tilbud om beroligende medikamenter, noe de takket nei til da behovet ikke var tilstede.

Utfordrende og smertefull mobilisering

Pasientene i fokusgruppen diskuterte smertebehandlingen postoperativt og i spesialistrehabiliteringsavdelingen, og de ble enige om at ingen opplevde å være smertefri. Dessuten erfarte samtlige at smertene økte ved mobilisering. Pasientene var likevel fornøyd med smertebehandlingen, og de begrunnet dette med at behandlingen var individuelt tilpasset og at de fikk god omsorg, og at de hadde tillit til fysioterapeuten. Imidlertid hadde de fått beskjed om å trene inntil smertegrensen. Dessuten fremkommer det i gruppediskusjonen at treningen med fysioterapeut til tider var veldig smertefull. Pasientene påpeker også at fysioterapeuten etter endt trening viste omsorg med å legge ispose på smerteområdet. Denne gesten var de veldig godt fornøyd med. Ved tillit til en annen person har man forventninger om at handlingsrommet som blir åpnet, blir brukt i samsvar med viljen, ønskene og interessene hans (Grimen 2001).

I diskusjonen av omsorg og trygghet i behandlingsforløpet er det grunn til å tro at det første møtet med behandlingsapparatet, møtet med ambulansepersonalet var så positivt at det påvirket det preoperative forløpet på en god måte, selv om denne delen av behandlingsforløpet var smertefull for flere av pasientene. Det peroperative forløpet var også smertefritt og om dette igjen har hatt en god innvirkning på erfaringen fra det postoperative forløpet og rehabiliteringen i spesialisthelsetjeneste er ikke godt å si. Dette kan kanskje sees i sammenheng med retrospektive intervju ved at opplevelsene blir farget av den siste delen av behandlingsforløpet, og er i tråd med Repstad (1993). En kan undre seg på om tryggheten og omsorgen sammen med takknemligheten som pasientene hadde til helsevesenet kan ha hatt betydning for smertelindringen.

7.2 Variabel medvirkning

Når det gjaldt medvirkning i smertebehandlingen hadde pasientene ulike erfaringer. Noen av pasientene hadde medvirket preoperativt i form av smertekartlegging ved bruk av NRS-skala. NRS-skalaen har en skala som går fra 0-10. Null er ingen smerte og 10 er verst

tenkelig smerte. Pasienten merker av på en skala hva som uttrykker hans smerteintensitet best. Forskning viser at denne skalaen også er fin å bruke til eldre med noe kognitiv svikt (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Imidlertid viste det seg at det var kun en pasient som hadde forstått helt bruken av denne skalaen, og han hadde denne erfaringen fra et tidligere sykehusopphold. Det fastslås i Ot.prp.nr.12 at pasienters medvirkning er viktig for å oppnå gode resultater for pasientene. En kan derfor stille spørsmål om hvor mye pasientene medvirket til smertebehandlingen, og om de hadde forstått hva smertemedvirkning innebar jf. hvor viktig medvirkning anses i Ot.prp.nr.12 når det gjelder å oppnå gode resultater for pasientene.

En kan også undre seg over hvilken informasjon pasientene hadde fått om denne smertekartleggingen, og om det i informasjonen om bruken av smerteskalaen har vært tatt høyde for at pasientene allerede var blitt behandlet med morfin, og at de hadde sterke smerter. Et annet spørsmål er hvordan sykepleierne hadde forsikret seg om pasientene hadde forstått informasjonen. For at pasientene skal oppnå best mulige resultater er samarbeidet mellom helsevesenet og pasienter viktig (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Det fremkommer i fokusgruppediskusjonen at de fleste av pasienten forsto at jo høyere skår på NRS-skalaen jo sterkere er smerten. Likevel var de usikker på å tallfeste smerten. Ut i fra utsagn førte dette til at enkelte av pasientene fikk for mye smertestillende, og andre for lite. Dessuten fremkommer det også i gruppediskusjonene at pasientene ble forespurt om de hadde smerter, men uansett metode er det grunn for å tro at smertekartleggingen var sporadisk, og ikke systematisk gjennomført. Et sentralt hensyn bak lovgivningen i Ot.prp.nr.12 er pasientens interesse til selv å delta i behandlingsvurderinger og avgjørelser. Det understrekes at pasienten er spesialist på seg selv, og helsepersonellet er spesialister på medisin. For å oppnå dette er det viktig at pasientene får den informasjonen de trenger om sin helsetilstand for å kunne medvirke til behandlingen (Ot.prp.nr.12 1998-99).

For å evaluere om behandlingen er god nok i forhold til de mål som er satt er smertekartlegging et viktig utgangspunkt (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Når det gjelder smerteevaluering av spinalbedøvelsen peroperativt, erfarte pasientene at smertebehandlingen (spinalbedøvelsen) ble evaluert ved tilsyn og undersøkelser. Det å forstå pasientens subjektive smerteerfaringer, og hva smertene betyr for pasienten er sentralt i smertebehandlingen (Nordtvedt og Nordtvedt 2001). Dessuten ble de regelmessig forespurt om de hadde smerter. Det fremkommer i diskusjonen mellom pasientene at de

fleste i fokusgruppen opplevde dette som medvirkning, og de vektlegger tryggheten og omsorgen som hovedfaktorer bak opplevelsen. Dette på tross av at ingen av dem fikk smertebehandlingen direkte systematisk evaluert.

Pasientene erfarte evalueringen av smertebehandlingen annerledes i det postoperative forløpet. Noen av pasientene hadde blitt vurdert med NRS-skala, men de forsto ikke helt hvordan den skulle brukes. De hadde problemer med å tallfeste smerten, likevel tallfestet de den. En kan derfor undre seg på om pasientene var så opptatt av å «oppfylle» forventninger for å være «flinke», og om de kan ha følt seg presset til dette. Det kan også stilles spørsmål om denne typen for medvirkning kan føre til farlige situasjoner, som for eksempel feilmedisinering. For å oppnå gode resultater for pasientene er det viktig at samarbeidet med helsevesenet og pasientene er godt (Ot.prp.nr.12 1998-99). Det er derfor grunn til å stille spørsmål om de hadde fått opplæring i bruken av smerteskalaen før operasjonen. Det blir presisert at det er en fordel at pasienten har fått opplæring i smerteskalaen preoperativt da de postoperativt kan ha problemer med å tilegne seg ny kunnskap grunnet narkose og kirurgi (Wøien og Strand, 2008). Bjørslund, Wilde-Larsson og Kvigne (2012) sier i sin studie at forutsetningen til pasientmedvirkning er avhengig av kontinuitet i sykepleiergruppa. Enkelte av pasientene hadde ikke oppfattet at smertekartleggingen var en form for medvirkning i evalueringen av smertebehandlingen. Når det gjelder de andre pasientene som ikke ble vurdert med NRS-skala, kan ikke de huske at det ble foretatt noen annen evaluering av gitt smertestillende. Dette avviker noe fra studien til Fredheim et.al. som viser at av 78 % av pasientene som hadde fått behovsmedisin ble 74 % forespurt om effekten av den (Fredheim et al. 2011).

Når det gjelder spesialistrehabiliteringsavdelingen diskuterte pasientene relasjonen til graden av medvirkning og kom fram til at medvirkningen var lagt opp til selvrapportering når de hadde smerter, og hvis smertene ble forverret ved aktivitet. Noen av pasientene poengterte at dette var spesielt vanskelig å bedømme da de ikke hadde smerter i ro, derimot var det voldsomme smerter ved gåtrening. Det fremkommer i gruppediskusjonen at enkelte av pasientene opplevde å medvirke ved hjelp av NRS-skala før smertebehandling, men ingen erfarte evaluering av gitt smertestillende.

Sett ut i fra et kvalitetssikringsperspektiv er det viktig å gi pasienten mulighet til å være med ved evaluering av helsehjelpen. Dette gjelder både informasjonsutveksling, opplevelse av gjensidig tillit og respekt, organisering av tilbud, samt de konkrete metoder som er brukt (Ot.prp.nr.12 1998-99). Derfor er det viktig å kartlegge pasientens smerte med utprøvde hjelpemidler når pasienten er i stand til selvrappotering av smerte. Det anbefales at det brukes samme kartleggingsverktøy på alle avdelinger i et sykehus. Dette øker sjansen for at innføringen blir vellykket (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Noen av pasientene erfarte at sykepleierne brukte smertekartlegging med hjelp av NRS (smerteskala fra 1-10), men pasientene forsto ikke bruken av den. Dessuten fremkommer det at ikke alle pasientene forsto at dette var medvirkning til deres egen smertebehandling. Det kan derfor stilles spørsmål til hvordan kunnskapsoverføringen fra helsepersonell til pasient var i forbindelse med smertebehandlingen, da det ikke er nytte i en metode som ikke blir anvendt korrekt.

I og med at mange eldre har nedsatt hørsel og/eller syn må dette kartlegges først, slik at hjelpemidler som briller og høreapparat er tilgjengelige. Selvrappotering av smerte, skal alltid prøves først og er gullstandarden i smertekartleggingen. Ved valg av kartleggingsverktøy til eldre bør utgangspunktet være individuelt slik at pasienten kan mestre verktøyet. NRS-skala er det verktøyet som er enklest å bruke blant eldre og bør derfor være førstevalg. Likevel viser flere studier at det er mange eldre som ikke klarer å tallfeste smerten. Da kan verbal skala være et alternativ (Torvik og Bjørø 2008). Når det gjaldt pasientene i fokusgruppen ble det observert at noen hadde nedsatt hørsel, og samtlige var avhengig av briller. En kan derfor undre seg på hvorvidt dette var tatt med i betraktning ved informasjon om bruken av kartleggingsverktøyet.

Det viser seg at eldre får dårligere smertebehandling enn yngre med samme smerteintensitet. Årsaken kan være hindringer i pasienten selv, eller ligge hos helsepersonell. De eldre og helsepersonell kan ha oppfatninger om at smerte tilhører alderdommen. Dette kan oppfattes slik at det er lite som kan gjøres for å lindre smerten. Smerter i forbindelse med benbrudd og operasjon (traumer) kan vare lengre hos eldre enn yngre, fordi tilhelingen tar lengre tid (Torvik og Bjørø 2008). Årsaken kan være at både de eldre pasientene og helsepersonell har en oppfatning om at det er normalt å ha smerter i alderdommen (Torvik og Bjørø 2008). Studien til Sjøveian (2012) viser også en mulig

underrapportering av smerte blant de eldre pasientene. Dette på tross av at både de eldre pasientene og pårørende hadde fått preoperativ informasjon om viktigheten av god smertelindring ved behandlingsforløpet av kne og hoftekirurgi. De var med dette ansvarliggjort og samtidig gitt en viss egenkontroll i smertebehandlingsforløpet. Informasjonen innbar også bruken av smertekartleggingsverktøyet NRS, som er et selvrapporteringsverktøy. Imidlertid viste det seg at sykepleierne hadde ulike rutiner for å gjenta den preoperative informasjonen i postoperativt forløp. Derfor er det behov for en aktiv kunnskapsoverføring fra sykepleier til pasient (Sjøveian 2012). Ekeland og Heggen (2007) fremhever at det i brukermedvirkning og helsepedagogikk er viktig å tenke igjennom hvem og hva som er fokuset. Helsepedagogikk kan i en medisinsk behandlingsmodell oppleves som en helsepersonellstrategi for å påvirke pasientene. Derfor er det vesentlig å se helsepedagogikk som en prosess mellom to parter som på mange vis er ulike, men som fokuserer på samme oppgave: Pasientsituasjonen og bedring (Ekeland og Heggen 2007).

Pasientene reflekterte over medvirkning i smertebehandlingen og medvirkningen ellers i behandlingsforløpet, og de ble enige om at det var best at personalet tok avgjørelsen da de var best kvalifisert. Dessuten ble det påpekt i gruppediskusjonen at en av pasientene hadde fått valget mellom forskjellige kirurgiske metoder, og pasienten opplevde dette spørsmålet som belastende. Ifølge Ot.prp.nr.12 er det understreket at grunnlaget for medvirkning er frivillighet. Pasientene kan ikke pålegges å medvirke, heller ikke til å stille opp til undersøkelser dersom det ikke er hjemmel for det i lov (Ot.prp.nr.12 1998-99). Pasienten fremhevet også at hun manglet kunnskap for å kunne ta en slik avgjørelse. Det ble observert i fokusgruppen at pasientene reagerte negativt på at noen virkelig hadde blitt utsatt for et slikt valg. Medvirkningsbestemmelsen gir ingen åpning for å legge myndigheten om avgjørelse fra helsepersonell til pasient for om en behandling skal iverksettes (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Et spesielt spørsmål gjelder pasientens mulighet til å velge hvilken metode som skal brukes ved behandling. I forhold til kompetanse har helsepersonell den beste forutsetningen for å velge den beste metoden for pasienten. Et vurderingsspørsmål er graden av likeverdighet i behandlingstilbudet. Imidlertid skal pasientens syn og vurdering være tungtveiende i avgjørelsen. Hvis pasienten er innforstått med metodevalg og konsekvenser er det større sannsynlighet for at behandlingen er vellykket og at pasienten

opplever tilfredshet. Når det gjelder likeverdige valg, er det naturlig at pasienten tar avgjørelsen (Ot.prp.nr.12 1998-99). Det er likevel rimelig å anta at denne pasienten hadde fått velge behandlingsmetode ut i fra likeverdige valg, men at hun muligens kunne ha misforstått denne henvendelsen. I og med at alle pasientene i fokusgruppen reagerte negativt på at en av pasientene hadde fått dette valget, kan det sees som en påtvungen brukermedvirkning, hvor man blir stilt spørsmål som man ikke helt skjønner. En kan også undre seg over om det er rett å bli stilt ovenfor slike valg når man er akutt innlagt i sykehus med lårhalsbrudd. Imidlertid understrekes det at medvirkning alltid vil være basert på frivillighet, og derfor kan ikke pasienten pålegges å medvirke (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Nærhet til pårørende og venner

Det fremkom i gruppediskusjonen at ingen av pasientene hadde noen reelle valg på hvilken spesialistrehabiliteringsavdeling de skulle til. De hadde alle fått tilbud om rehabilitering i distriktet langt fra både hjemplassen og sykehuset. Pasientens medvirkning i helsevesenet har stått sentralt i den siste tiden. De har fått en mer aktiv og deltakende rolle på grunn av mer kunnskap om helsetjenestene og sin egen helsetilstand. For å oppnå gode resultater for pasientene er det viktig at samarbeidet med helsevesenet og pasientene er godt. (Ot.prp.nr.12 1998-99). Ved det postoperative forløpet ble temaet nærhet til familie og venner trukket fram i gruppediskusjonen. De fleste pasientene mente at nærhet til pårørende og venner var en spesielt viktig faktor for at opplevelsen av et behandlingsforløp skulle bli bra.

Et annet aspekt som pasientene trakk frem i gruppediskusjonene i det videre behandlingsforløpet var at fravær av nærhet til pårørende og venner ble opplevd som sårt og vanskelig. «Sykdom leges ikke av leger, men ved legers hjelp. Helbredelsen skjer i pasientens kropp og med pasientens medvirkning». (Ot.prp.nr.12 1998-99, pkt. 5.1.1). Dessuten så pasientene seg selv som en del av en helhet som bygger på samhandling med familie og venner. Ut i fra gruppediskusjonen er pasientene enige om at de ikke kunne ha fått en bedre rehabiliteringsavdeling enn spesialistrehabiliteringsavdelingen i distriktet. De sier at den omsorgsfulle behandlingen de fikk av helsepersonellet gjorde at ikke var fullt så sårt at familie og venner ikke var i nærheten. En god lege som skaper gode relasjoner av tillit, varme og håp kan oppnå bedre resultat med samme behandlingsmetode enn leger

som ikke har disse kvalitetene. Smerteplacebo utløser endorfin som er et neuropepid i kroppen som gir smertelindring (Ekeland, 2007).

7.3 Informasjon er trygghetsskapende

Medvirkningsretten og retten til informasjon må sees sammen med retten til å samtykke til helsehjelp. Pasienten blir en samarbeidspartner i relasjon med helsepersonell (Syse 2009). De fleste av pasientene fikk informasjon om at de skulle på røntgen, og hva røntgenbildene viste. Pasientens rett til informasjon er sentral og bygger på pasientens autonomi (Ot.prp.nr.12 1998-99). Derimot erfarte en av pasientene at han ikke fikk noen som helst informasjon om behandlingsforløpet, dette poengterte han flere ganger i intervjuet. Når det gjaldt informasjon om det kirurgiske inngrepet hadde de fleste pasientene fått beskjed om hvor lang ventetiden var og individuell informasjon om hvordan bruddet så ut. Dessuten hadde de fått informasjon om hva som var planlagt å utføre under operasjonen. For å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen skal pasienten få den nødvendige informasjonen. Dette er ikke bare avgrenset til behandling, men omfatter også diagnose og prognose (Ot.prp.nr.12 1998-99). Det fremkommer ikke noen opplysninger om pasientene hadde fått informasjon om prognose.

Derimot kommer det fram i gruppediskusjonen at pasientene rett før operasjonene mottok en brosjyre om behandlingsforløpet sammen med en samtykkeerklæring. Ingen av pasientene leste brosjyren før operasjonen, men likevel underskrev de fleste samtykkeerklæringen. Enkelte av pasientene underskrev erklæringen først etter operasjonen. En kan derfor stille spørsmål om at et samtykke gitt etter operasjon er et reelt og informert samtykke. For at pasienten kan samtykke til helsehjelpen må det være gitt tilstrekkelig informasjon (Ot.prp.nr.12 1998-99). Noen av pasientene ble også forespurt om de ville være med i et prosjekt, men ingen av dem visste om de ble med i prosjektet. Her kan det være grunn til å tro at informasjonen må ha vært mangelfull, kanskje som følge av at den var for komplisert. Hensynet til pasientens individuelle forutsetninger er viktig for å styrke informasjonstilgangen, og skal derfor gis på en måte som er forståelig for pasientene (Syse 2009).

Når det gjelder informasjonen postoperativt fikk pasientene beskjed om at den opererte foten kunne belastes inntil smertegrensen. Pasientene poengterte at de fikk nesten samme

veiledning i rehabiliteringsavdelingen. Forskjellen var at de skulle forsøke å strekke ut smertegrensen. For å skape tillit og tilfredshet med ytelsene er det viktig at pasientene får informasjon om hva som kan forventes av helsetjenesten (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Pasientene fortalte at de følte seg trygge etter at de hadde fått denne informasjonen. De satte pris på å bli informert om forventet smerte ved trening og mobilitet.

Variabel informasjon om postoperative konsekvenser.

For at den enkelte pasient skal kunne medvirke kreves det at pasienten sikres tilstrekkelig informasjon om sin egen helsesituasjon og de aktuelle helsetjenestene. Samarbeid mellom pasientene og helsevesen er sentral for å oppnå gode resultater for pasientene (Ot.prp.nr.12 1998-99). Ingen av pasientene ble informert i det helhetlige behandlingsforløpet (pre, per, postoperativ og i spesialistrehabiliteringsavdelingen) om risikoen for å utvikle kronisk smerte ved kirurgiske inngrep. Det ble heller ikke snakket generelt om kroniske langvarige smerter. Pasientene ble ikke forespurt om smertens karakter, om den var murrende, skjærende osv. I forbindelse med gruppediskusjon rundt dette temaet kommer det frem at en av pasientene hadde blitt informert om at smerter krever smertebehandling, men ikke betydningen av dette. Studien til Fredheim et al. (2011) omhandler postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. Den viser at kun 40 pasienter av i alt 215 pasienter hadde fått informasjon om risikoen for å utvikle postoperative kroniske smerter (Fredheim et al. 2011). Flere studier hevder at eldre har lettere for å utvikle postoperative kroniske smerter (Torvik og Bjørø 2008; Wøien og Strand 2008; Kongsgaard et al. 2008; Gjeilo 2010). I og med at ingen av pasientene hadde fått informasjon om risikoen for å utvikle postoperative kroniske smerter, er det i følge Syse (2009) et klart brudd på pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, hvor pasienten har en rettighet til å få informasjon om sin helsetilstand og hvordan forløpet til helsehjelpen antas å bli. Videre sier lovteksten at pasienten har rett til å få informasjon om risiko og mulige bivirkninger, med dette menes skader som følge av helsehjelpen. Dette gjenspeiler Helsepersonelloven § 10, hvor helsepersonell har en plikt til å informere. Dessuten kan studien indikere at ingen av pasientene ikke hadde samtykket til operasjonen. Dette relateres til at ingen pasienter var blitt informert om risikofaktorene i forbindelse med operasjonen. Det å ikke gi informasjon om kronisk smerte kan bare forsvares i helt spesielle tilfeller. I og med at flere studier viser at eldre pasienter har en større risiko til å utvikle kroniske smerter enn yngre, er det grunnlag til å anta at det også er en større sannsynlighet for komplikasjoner for eldre som en konsekvens av helsehjelpen.

Når det gjelder smertebehandlingen i enkelte faser i behandlingsforløpet sier pasientene at de ikke var godt nok smertelindret. Torvik og Bjørø (2008) sier at eldre pasienter får dårligere smertebehandling enn yngre, og at det kan skyldes at de selv inntar en mer passiv holdning. Årsaken kan være at både de eldre pasientene og helsepersonell har en oppfatning om at det er normalt å ha smerter i alderdommen eller kommunikasjonsbegrensinger som nedsatt syn og hørsel og taleevne (Torvik og Bjørø 2008). Ut i fra pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5, informasjonens form, kan dette indikere at informasjonens form ikke har vært tilpasset gruppen eldre pasienter med særlige behov. Informasjonen er ikke det som blir uttalt ovenfor pasienten, men informasjonen er det som oppfattes av pasientene (Ot.prp.nr.12 1998-99).

Dessuten forteller de fleste pasientene at de ikke forsto bruken av NRS-smerteskala. En kan undre seg på om pasientene hadde fått informasjon i den preoperative fasen, eller om de var mottakelig for informasjon, da de allerede var medisinert med morfin. Studien til Sjøveian (2012) påpeker også en mulig underrapportering av smerte blant de eldre pasientene. Dette på tross av at både de eldre pasientene og pårørende hadde fått preoperativ informasjon om viktigheten av god smertelindring ved behandlingsforløpet av kne- og hoftekirurgi. De var med dette ansvarliggjort og samtidig gitt en viss egenkontroll i smertebehandlingsforløpet. Informasjonen innbar også bruken av smertekartleggingsverktøyet NRS, som er et selvrapporteringsverktøy. Imidlertid viste det seg at sykepleierne hadde ulike rutiner for å gjenta den preoperative informasjonen i postoperativt forløp. Derfor er det behov for en aktiv kunnskapsoverføring fra sykepleier til pasient i hele forløpet (Sjøveian 2012).

Kongsgaard, Wyller og Breivik (2008) hevder at smerte er underdiagnostisert til eldre med somatisk sykdom, og at dette skyldes at det ikke utføres systematisk smertediagnostikk. Helsepersonell er ofte kritiske til eldre pasienters selvrapportering av smertehyppighet og smerteintensitet. (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008). Dette underbygges også delvis i den retrospektive studien til Hommel, Ulander og Thorngren (2003). Imidlertid viser studien også at systematiske kvalitetsforbedringer og involvering av alle ansatte med vektlegging av informasjon og opplæring i bruk av selvrapporteringsverktøy førte til tidligere smertebehandling preoperativt. Trykksår ble redusert og ventetid på operasjon gikk ned (Hommel, Ulander og Thorngren 2003). Kullenberg et al. (2004) sier også i sin

studie at utfordringen ved behandling av akutt smerte ved lårhalsbrudd ofte er organisatoriske. I studien ble de eldre pasientene informert og opplært i bruken av visuell analogisk skala, et selvrapporteringsverktøy, og to forskjellige smertebehandlinger ble utprøvd. Her ble det avdekket hvilken metode som ga det beste behandlingsresultatet for eldre hofteopererte. Studien viser at informasjon og medvirkning kan føre til endret organisatorisk praksis (Kullenberg et al. 2004).

Gruppediskusjonen indikerer at eldre er sårbare på sitt unike vis relatert til endret smertefysiologi ved økende alder, og dermed har større risiko enn yngre til å utvikle kronisk smerte. Hvis man ser dette ut i fra et systemperspektiv vil for eksempel sykehus legge den generelle smertefysiologien som bakgrunn for smertebehandlingen, og ikke på bakgrunn av smertefysiologien hos eldre pasienter som gruppe. Med et slikt utgangspunkt ville det være en større risiko for utvikling av kroniske smertelidelser hos eldre pasienter. Imidlertid krever dette et individrettet fokus slik at hvert enkelt individ blir sett, med sin unike historie og sårbarhet. Systemer med faste prosedyrer kan føre til ensrettet smertebehandling som setter individet i skyggen, samtidig som system ivaretar rett til smertebehandling. Systemfokus vil hjelpe oss å ha systemer for smertebehandling slik at praksis blir lik, og at alle med slike behov blir ivaretatt. Dersom systemtenkning utelukkende baserer seg på evidensbasert praksis kan man miste av syne vesensforskjellen mellom å behandle en ung og en eldre pasient. Dette er i tråd med (Ekeland 2009). Studien viser at det fremdeles ikke oppnås god nok medvirkning fordi det gis for dårlig informasjon til å medvirke godt nok i eget behandlingsforløp. På en annen side viste det seg i enkelte studier at når de eldre pasientene fikk god og forståelig informasjon var de i stand til å medvirke i eget behandlingsforløp, og ut i fra dette medvirket til å bedre organisatorisk praksis på systemnivå. Dette taler for å opprettholde individfokus, slik at individet ikke kommer bort i systemtenkningen.

Ingen innflytelse på valg av rehabiliteringsopphold

For at pasienten skal kunne gi et gyldig samtykke er retten til informasjon en nødvendig forutsetning for å utøve retten til medvirkning (Syse 2009). Når det gjelder informasjon om spesialistrehabiliteringsavdelingen bekrefter alle pasientene at de hadde fått dette. De var også informert om at kvaliteten på rehabiliteringen var veldig god, samtidig var pasientene enige om at de ikke mottok noen informasjon om likeverdige

rehabiliteringsmuligheter. Pasientene var også tydelige på at det var problematisk at rehabiliteringstilbudet var så langt fra hjemmeplassen. Derfor kan det også stilles spørsmål om de lener seg på familie i en «ikke-reell» beslutningsprosess, og trenger aksept fra familien.

7.4 Metodedrøfting

I og med at jeg ønsket å belyse pasienters opplevelser fra et helhetlig behandlingsforløp etter lårhalsbruddoperasjon, vurderte jeg å bruke enten fokusgruppeintervju eller dybdeintervju. Jeg kom fram til at fokusgruppeintervju egnet seg best til dette formålet. Dette fordi jeg ønsket å få fram felles erfaringer ved hjelp av refleksjon og diskusjon mellom pasientene om de ulike temaene i temaguiden. Fordi konteksten er forskjellig gir gruppesamtaler en annen type kunnskap enn individuelle samtaler (Malterud 2012). Jeg hadde tanker om at gruppeprosessen kunne føre fram til nye fortellinger og temaer som kunne belyse problemstillingen.

Kritikk til bruk av fokusgrupper kan være hvis det uforvarende kommer opp sensitive opplysninger, og man blir usikker på gruppens ivaretagelse av taushetsplikten (Malterud, 2012). En annen innvending kan være at enkeltgruppedlemmer i stor grad kan styre framstillingene.

Mitt design avviker noe fra tradisjonelle fokusgruppestudier ved at jeg hadde tre intervjuer med samme informanter med svært korte intervaller, og at jeg samtidig hadde ulike fokus til hvert intervju. Jeg begrunner dette med at jeg ønsket å beskrive et helhetlig behandlingsforløp, før, under og etter hofteoperasjon, altså et tidsløp. Ifølge Malterud (2012) er det mest vanlig at gruppen møtes en gang, men flere samlinger på samme gruppe kan være aktuelt hvis forskningsspørsmålet favner et tidsløp (Malterud, 2012). Det ideelle hadde vært å gjennomføre fokusgruppeintervjuene på en sykehusavdeling i pre, postoperativ og rehabiliteringsfase, men det lot seg naturligvis ikke gjennomføre. Derfor måtte jeg gå for den nest beste løsningen for å få gjennomført prosjektet. Hvis jeg skulle gjennomført det siste intervjuet for eksempel 3-4 uker etter behandlingsoppholdet ved rehabiliteringsavdelingen, ville jeg mest sannsynlig ikke fått nyansene ved før/under og i rehabiliteringsavdelingen. Når tiden går er det lett at nyansene forsvinner, og opplevelsene blir farget av det siste intervjuet. Dessuten er det et moment at, jo mindre tid mellom intervjuene og fasene i behandlingsforløpet, desto høyere er sannsynligheten for autentiske

beretninger. I følge Repstad, «er hovedproblemet ved retrospektive intervjuer at folk lett gjenkaller fortida gjennom et filter av begreper og tenkemåter de har tilegnet seg langt senere» (Repstad 1993,71).

En av svakhetene med mitt design kan være at kvaliteten på de empiriske dataene kan bli dårligere ved at samme gruppe intervjues flere ganger. Ifølge Malterud kan de empiriske dataene bli dårligere ved at volumet på intervjuene økes (Malterud, 2012). Imidlertid erfarte jeg at jeg kom nærmere deltakerne i fokusgruppen ved å intervju samme gruppe tre ganger, og gruppen kom på noe nytt i etterkant som beriket intervjuet.

Det ideelle hadde muligens vært å ha flere grupper for å ha et enda bedre grunnlag for funnene, men det lot seg dessverre ikke gjennomføre grunnet få tilgjengelige informanter. Intervjuguiden ble fulgt i alle tre intervjuene. Pasientene holdt seg stort sett til temaet de diskuterte. Alle pasientene samtalte rundt de ulike temaene, men noen deltok mer enn andre. Jeg ser i ettertid at jeg kunne ha stilt flere oppfølgingsspørsmål. Deriblant skulle jeg ha fulgt opp med spørsmål om omsorgsfull pleie og trygghet påvirket smerteopplevelsen. Videre skulle jeg ha fått utdypet om informasjonen og medvirkningsmulighetene før hofteoperasjonen ble opplevd som en tilleggsbelastning.

Studiens styrke ved fokusgruppeintervjuene var at pasientenes egne opplevelser ble omskapt til fortellinger om det helhetlige behandlingsforløpet gjennom gruppeprosessen. Refleksjonene etter hvert intervju viste en gruppetilhørighet som ble tryggere og tryggere. Dette ut i fra felles sykehistorie og det å få diskutere opplevelsene sine med likesinnede. Etterhvert kom det fram en sterk «vi-følelse». «Det ble oss fire» (5.3, 33).

Det kan se ut som at prosessen i fokusgruppen førte til at pasientene fungerte godt sosialt og det kan derfor ha påvirket opplevelsen av oppholdet på spesialistrehabiliteringsavdelingen. Dette kan ha medvirket til at de mot slutten av oppholdet ikke lenger syntes det var så sårt å være langt hjemmefra.

8.0 Konklusjon

Studiens problemstillinger er formulert som tre forskningsspørsmål. Konklusjonene er de svar studien gir på disse spørsmålene.

Hvilke opplevelser har eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd av smertebehandlingen før operasjonen, under operasjonen, og videre i spesialistrehabiliteringsavdelingen?

Pasientenes erfaringer med smertebehandlingen viser at de er fornøyd med smertebehandlingen gjennom hele behandlingsforløpet. Dette til tross for at ingen av pasientene var godt nok smertelindret. Pasientene stolte fullt og helt på «ekspertene» og de overga seg i deres varetekt.

Tilfredsheten med smertebehandlingen avhenger av at pasientene har tillit til helsevesenet og fagkompetansen til helsepersonell, samt at de får omsorgsfull og trygg behandling.

Eldre er sårbare på sitt unike vis relatert til endret smertefysiologi ved økende alder, og har dermed større sjanse enn yngre til å utvikle kronisk smerte. Med dette som utgangspunkt bør helsepersonell ta hensyn til smertefysiologien til eldre som gruppe fremfor generell smertefysiologi, for å redusere risikoen for utvikling av kroniske smertelidelser.

Hvordan opplever eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd egen medvirkning, og den informasjon som ble gitt av helsepersonell i behandlingsforløpet?

Det viste seg at pasientene ikke hadde erfart reell brukermedvirkning i forbindelse med smertebehandlingen. Ingen av dem hadde erfart systematisk smertekartlegging i behandlingsforløpet. Enkelte av pasientene ble gitt en vis kontroll i rapporteringen av smerter ved bruk av smerteskala, men de hadde ikke helt forstått hensikten med dette. Studien viser at alle pasientene hadde fått skriftlig informasjon om operasjonen og det videre behandlingsforløpet, men ingen av dem hadde lest informasjonen før det kirurgiske inngrepet. Likevel hadde noen av pasientene signert på samtykkeerklæring før de ble operert, og noen signerte først i det postoperative forløpet. Ingen av pasientene hadde blitt informert om risikofaktorene i forbindelse med behandlingsforløpet. Studien viser derfor at det muligens ikke forelå et gyldig samtykke til behandlingsforløpet.

Mine funn kan tyde på at redusert innflytelse kan ha påvirkning på selve smertebehandlingen og smerteopplevelsen. Tillegger vi brukermedvirkning for mye betydning for pasienter i en slik situasjon som mine informanter? Å bli spurt angående hvilken type operasjonsmetode man vil ha etter å ha blitt medisinert med sterke smertestillende er vel kanskje lik kvasibrukermedvirkning? Dette kan bli oppfattet som å komme med en brannfakkell i en tid hvor brukermedvirkning og informasjon er poengtert i alt fra lovverk til ulike lærebøker. Selv om pasientene ikke har fått innflytelse på valg av rehabiliteringsopphold virker det ikke som om dette påvirker selve oppholdet, og opplevelsen av smertelindringen underveis. Det kan heller se ut som at opplevelsen av omsorg og trygghet er mer avgjørende for denne erfaringen. Er det medvirkning i her og nå- situasjonene som oppleves viktigst for pasientene?

En sykepleier som kommer inn med smil, gir omsorg og varme og som har tid til å spørre om hvordan smerten oppleves kan erfares som mer meningsfull i lys av brukermedvirkning enn spørsmålet om hvilken operasjonsmetode som skal utføres. Et overdrevet fokus på brukermedvirkning og informasjon i form av det skrevne ord som skjema kan ta vekk fokus på «her-og-nå-medvirkning», og denne medvirkningen kan være viktigere for pasienten.

I og med at flere studier viser at eldre pasienter har en større risiko til å utvikle kroniske smerter enn yngre, er det grunnlag for å anta at det også er en større sannsynlighet for komplikasjoner for eldre med lårhalsbrudd som en konsekvens av helsehjelpen. Dette bør imidlertid være gjenstand for videre forskning.

Hvordan opplever eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd hele behandlingsforløpet?

Pasientene er fornøyd med hele behandlingsforløpet, og er takknemlig for at de har fått så god hjelp. Det eneste de påpekte som noe vanskelig var at de ikke hadde innflytelse på valg av rehabiliteringsavdeling, da det ble langt unna familie og venner. Imidlertid viste det seg at omsorgen, opptreningen og behandlingen ellers i denne rehabiliteringsavdelingen var helt upåklagelig, og pasientene var enige om at de ikke kunne ha fått det bedre noe annet sted.

Når jeg ser på funnene i min studie og på tidligere forskning er det åpenbart at eldre medvirker for lite i sitt eget smertebehandlingsforløp, og at årsaken kan være en for dårlig tilpasset informasjon både pre- og postoperativt. Informasjonen er muligens for generell, hverken tilpasset eldre individuelt eller som gruppe. Det kunne vært interessant å gjennomføre en undersøkelse på pasientenes opplevelse av informasjon i et behandlingsforløp, og samtidig parallelt undersøke hva som er dokumentert i pasientjournalen når det gjelder gitt informasjon.

Studiens bidrag til praksisfeltet er at man må bør være mer fokusert på å få til en medvirkning, og her igjennom skape bedre relasjoner mellom den eldre pasienten og helsepersonell i behandlingsforløp. Det er informasjonens form, det å vise omsorg, respekt, anerkjennelse og gjensidig informasjon, samt det å skape tillit som blir de mest avgjørende faktorene for den subjektive opplevelsen av medvirkning.

Det å lage grupper med eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd i rehabiliteringsavdeling ser ut til å ha en positiv innvirkning på behandlingsforløpet. Det gjør godt å snakke seg gjennom opplevelsene etter lårhalsbrudd sammen med andre som er i samme situasjon. Andre tiltak kan være å utarbeide tydelige prosedyrer som inneholder mål om at informasjon skal gis på en måte som blir forstått av pasientene, og konkrete tiltak som:

- Sjekke syn og hørsel for å bestemme informasjonens form.
- Kontrollspørsmål for å undersøke om informasjonen er forstått. Dette kan for eksempel oppnås ved at man ber pasienten om å forsøke å gjenta informasjonen og pasienten oppsummerer denne informasjonen.

Disse tiltakene bør dokumenteres og evalueres i et eget fagprogram, noe som kan sikre pasientenes rettigheter når det gjelder informasjon og medvirkning.

Rammene for prosedyrene kan hentes ut i fra gjeldende lovverk innen pasientmedvirkning og informasjon. Med dette som basis sammen med god organisering av smertekartlegging og behandling er det rimelig å anta at det helhetlige behandlingsforløpet til eldre pasienter blir bedre.

Referanser

- Aambø, Arild. 2007. *Smerter: smerteopplevelse og atferd*: Cappelen akademisk.
- Berntzen, Helene, Astrid Danielsen og Hallbjørg Almås. 2010. Sykepleie ved smerter i klinisk sykepleie 1, red. Almås Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth s. 354-398. Gyldendal Norsk Forlag AS. 4. utgave.
- Bergh, Ingrid, Magnus Gunnarson, Jens Allwood, Anders Oden, Bjørn Sjøstrøm og Bertil Steen. 2005. «Descriptions of pain in elderly patients following orthopaedic Surgery. Scandinavian journal of caring sciences 19 (2):110-118.
- Bjørslund, Bente, Bodil Wilde-Larsson og Kari Kvigne. 2012. «Opplevelse av Brukermedvirkning i sykehus. *«Nordisk tidsskrift for helseforskning* 8 (1):20-33.
- Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen. 2007. Meistring og myndiggjøring – reform eller retorikk? Red. Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen s. 13-28. Gyldendal Norske Forlag AS. 1.utgave.
- Ekeland, Tor-Johan. 2007. Kommunikasjon som helseressurs. Red. Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen s. 29-51. Gyldendal Norske Forlag AS. 1. utgave.
- Ekeland, Tor-Johan. 2009. Hva er evidensen for evidensbasert praksis. *«Evidensbasert profesjonsutøvelse. Abstrakt forlag AS, Oslo:145-168.*
- Fredheim, Olav Magnus S, Petter C Borchgrevink og Gunnvald Kvarstein. 2011. «Oversiktsartikler-Behandling av postoperativ smerte i sykehus». *Tidsskrift for den Norske lægeforening* 131 (18):1772.
- Fredheim, Olav Magnus S, Gunnvald Kvarstein, Eva Undall, Audun Stubhaug, Tone Rustøen og Petter C Borchgrevink. 2011. «Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus.» *Tidsskrift for den Norske lægeforening* 131 (18):1763.
- Frihagen, Frede, Wender Figved, Jan Erik Madsen, Cathrine M Lofthus, Ragnhild Øydna

- Støen og Lars Nordsletten. 2010. «Behandling av lårhalsbrudd» *Tidsskrift for den Norske legeforening* 130 (16):1614.
- Fugelli, Per. 2001. «Tillit» *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 121:3621-4.
- Fugelli, Per. 2011. «Grunnstoffet tillit» *Sykepleieforskning* 6 (5):104-105.
- Gjeilo, Kari Hanne. 2010. «Helserelatert livskvalitet og kroniske smerter hos pasienter før og etter hjertekirurgi» *Kirurgen* 2/10
- Grimen, Harald. 2001. "Tillit og makt-tre sammenhengar." *Tidsskrift-Norske-Lægeforening* 121 (30):3617-3620.
- Grimen, Harald. 2009. *Hva er tillit*: Universitetsforlaget.
- Halkier, Bente. 2010. *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helse- og omsorgsdepartementet 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
www.lovdata.no
- Helse- og omsorgsdepartementet 1999. Lov om helsepersonell. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
www.lovdata.no
- Helse- og omsorgsdepartementet 2008. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
www.lovdata.no
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1992. Lov om pasientrettigheter. NOU 1992:8. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998-99). Ot.prp. nr. 12. Lov om pasientrettigheter.

- Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1993-94. Samarbeid og styring. St.meld. nr. 50 (1993-94). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2008-2009. Samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47:5(2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2011 – 2015. Nasjonalhelse helse- og omsorgsplan. St.meld.nr.16 (2010-2011). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hommel, Ami, Kerstin Ulander og Karl Gøran Thorngren.2003. «Improvements in pain Relief, handling time and pressure ulcers through internal audits of hip fracture patients “*Scandinavian journal of caring sciences* 17 (1):78-83.
- Justis- og beredskapsdepartementet 2000. Lov om behandling av personopplysninger. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet 2000.
www.lovdato.no
- Kehlet, Henrik, Troels S Jensen og Clifford J Woolf. 2006. “Persistent postsurgical pain: Risk factors and prevention.” *The Lancet* 367 (9522):1618-1625.
- Kongsgaard, Ulf, Torgeir Bruun Wyller og Harald Breivik. 2008. «Eldre trenger bedre smertebehandling.» *Tidsskriftet-Norske Lægeforening* 128 (5):590.
- Kullenberg, B, B Ysberg, M Heilman og Resch. 2004. «(Femoral nerve block as pain relief in hip fracture. A good alternative in perioperative treatment proved by a prospective study). “*Lakartidningen* 101 (24):2104.
- Liamputtong, Pranee. 2011. *Focus group methodology: principles and practice*. London: Sage.
- Malterud. Kirsti. 2003. «*Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*» Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, Kirsti. 2012. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Murphy, Siobhan, Col Conway, Niamh B Mc Grath, Breda O Leary, Mary P O Sullivan og Dawn O Sullivan. 2011. "An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period." *Journal of Clinical Nursing* 20 (2324):3404-3413.
- Nordtvedt, Finn og Per Nordtvedt. 2001. *Smerte – fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ohnstad, Bente. 2002. *Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning*: Bergen Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Repstad, Pål. 1993. *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl. 2008. *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Skirbekk, Helge. 2012. Pasienters tillitsforhold til helsevesen og leger i *Tillit i Norge*, red. Skirbekk, Helge og Harald Grimen, s. 248-270. Forlaget Res Publica
- Sjøveian, Aud Karin Hjelpdahl. 2012. «Akselerert pasientforløp: hvordan kan sykepleieren fremme pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling?» *Sykepleien Forskning* 7 (4).
- Stubhaug, Audun og Tone Marte Ljoså. 2008. Hva er smerte? i *Ulike tekster om smerte*, red. Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl, s. 22-50. Gyldendal Norske Forlag AS
- Syse, Aslak. 2009. *Pasientrettighetsloven med kommentarer* Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Thesen, Janecke og Kirsti Malterud. 2001. «Empowerment» og pasientstyrkning-et undervisningsopplegg.» *Norske Lægeforening. Tidsskrift* 121:1624-1628.

Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis – Innføring i vitenskapsfilosofi for helse-og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Torvik, Karin og Karen Bjøro. 2008. Smerte hos eldre i *Ulike tekster om smerte*, red. Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl, s. 105-122. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Torvik, Karin, Marta Skauge og Tone Rustøen. 2008. Smertekartlegging i *Ulike tekster om smerte*, red. Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl, s. 51-69. Gyldendal Norsk Forlag AS

Tønnesen, Tor Inge. 1996. *Postoperativ smertebehandling*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Vetlesen, Arne Johan. 2004. *Smerte*. Dinamo Forlag

Wøien, Hilde og Anne Cecilie Strand. 2008. Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring i *Ulike tekster om smerte*, red. Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl, s. 271-286. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i gruppeintervju

Bakgrunn

Som sykepleier og masterstudent i helsefag ved Høgskolen i Molde, skal undertegnede gjøre en studie i forbindelse masteroppgaven. Tema for oppgaven er opplevelsen av et helhetligpasientforløp i forbindelse med operasjon lårhalsbrudd. Jeg ønsker å intervju en gruppe på maximum 3-5 pasienter som er på et rehabiliteringsopphold i en rehabiliteringsavdeling.

Driftssjefen ved avdelingen har gitt tillatelse til å gå i gang med denne undersøkelsen. Det er avdelingssykepleier ved rehabiliteringsavdelingen som kontakter deg på vegne av meg, for å spørre om du kan tenke deg å delta. Du blir spurt fordi du nylig er operert for lårhalsbrudd. Det fokuseres en del på informasjon og medvirkning ved behandling i sykehus. Derfor ønsker jeg å intervju deg for å få din erfaring og dine opplevelser fra når du blir innlagt på sykehus for lårhalsbrudd og til du er utskrivningsklar fra rehabiliteringsavdelingen. Du kan med dine erfaringer, på godt og vondt, bidra med nyttig kunnskap som kan brukes til å forbedre helsetjenesten.

Fremgangsmåte

Det vil bli foretatt 3 intervjuer med en varighet på maximum 90 minutter. Det vil bli brukt båndopptaker og gjort notater i løpet av intervjuet. Både student og veileder har taushetsplikt i henhold til Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonelloven § 21. Alle persondata anonymiseres frem til prosjektslutt.

Av kontrollhensyn blir grunnlagsdata oppbevart forsvarlig nedlåst fram til 01.08.13.

Deretter vil data bli slettet. Veileder, Ph.D Karl Yngvar Dale er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden.

Frivillighet

Det er frivillig å delta. Det understrekes også at selv om du sier ja, så har du fortsatt mulighet til, på ethvert tidspunkt, å kunne trekke deg fra prosjektet. Vedlagt følger et skriv som du eventuelt kan gi ditt skriftlige samtykke på. Dette vil du få en kopi av. Dersom du sier deg villig til å være med i undersøkelsen, vil jeg ta nærmere kontakt med deg. Er det ellers noe du lurer på, så ta kontakt med avdelingssykepleier, tlf: 72514164. Siden jeg er masterstudent så har jeg en veileder som står ansvarlig for prosjektet. Veileder er PH.D Karl Yngvar Dale på tlf: 71 21 40 57.

Etikk

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Karen Lund Rasch Aune

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring:

Jeg sier meg med dette villig til å delta i studien om pasienters opplevelser og erfaringer i forbindelse med et helhetlig pasientforløp ved operasjon lårhalsbrudd. Jeg har lest informasjonsskrivet og hatt anledning til å stille spørsmål til

avdelingssykepleier/intervjuer.

Jeg er forsikret om at de opplysningene som kommer frem om meg gjennom notater og/eller intervju ikke kan tilbake kobles til meg som person gjennom det som skrives i masteroppgaven. Jeg er informert om at min deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst og uten begrunnelse kan trekke meg fra prosjektet dersom jeg skulle ønske det.

Dato:

Underskrift:

.....

Vedlegg 3

TEMAGUIDE

Temaet jeg vil undersøke er om opplevelsen eldre pasienter har av medvirkningen og informasjonen i et helhetlig behandlingsforløp er sammenfallende med pasient og brukerrettighets loven kap.3.

Problemstilling i studien er: Hvordan opplever eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd hele behandlingsforløpet (pre/per og post operativt/rehabilitering)?

Hensikten: Hensikten er å få mer kunnskap om hvordan eldre pasienter i et sykehusforløp har opplevd og erfart å medvirke til smertebehandling (helsehjelp) relatert til lårhalsbrudd. Denne intervjuguiden skal brukes i 3 intervjuer. Den består av åpne spørsmålsformuleringer, og de samme spørsmålene vil bli brukt i alle 3 intervjuene. Det første spørsmålet er tre delt, og vil derfor bli brukt hver for seg i intervjuene.

- Hvilke opplevelser har Dere av smertebehandlingen før operasjonen, underveis og etter operasjonen, og videre i spesialistrehabiliterings avdeling?
- Hvordan vurderte sykepleierne smertebehandlingen Deres?
- I hvilken grad medvirket Dere ved evaluering smertebehandlingen?
- På hvilken måte opplevde Dere å medvirke i behandlingsforløpet?
- Hva tenker Dere om informasjonen som ble gitt om den forestående operasjonen, og det videre behandlingsforløpet.
- I hvilken grad samsvarer forventningene av medvirkning og informasjonen før operasjon i forhold til den opplevelsen Dere sitter igjen med.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hacell Høfbergsgate 21
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 12
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 585 331 884

Karl Yngvar Dale
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 22.03.2013

Vår ref: 33454 / 3 / HT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.02.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 21.03.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33454	<i>Opplevelse av behandlingsforløp hos eldre hofteopererte</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Karl Yngvar Dale</i>
<i>Student</i>	<i>Karen Lund Raxch Aune</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Hennrichsen


Håkon Thorarensen

Kontaktperson: Håkon Thorarensen tlf: 55 58 26 54
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Karen Lund Raxch Aune, Uthaug, 7142 UTHAUG

